



# LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA SALVADOREÑA

Un riesgo emergente en un contexto  
de envejecimiento poblacional y  
crisis de los cuidados



### **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo**

El PNUD es la principal agencia de las Naciones Unidas que lucha contra la injusticia de la pobreza, las desigualdades y el cambio climático. Trabajando con una amplia red de expertos y socios en 170 países, el PNUD ayuda a las naciones a desarrollar soluciones integradas y sostenibles por las personas y el planeta.

Copyright © PNUD 2024. Todos los derechos reservados.

Boulevard Orden de Malta Sur, 2 – B, La Libertad Este, El Salvador.

Para obtener más información, visita [www.undp.org/es/el-salvador](http://www.undp.org/es/el-salvador)

o síguenos en las redes sociales vía @pnudsv.



# **LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN ADULTA SALVADOREÑA**

Un riesgo emergente en un contexto  
de envejecimiento poblacional y  
crisis de los cuidados

---

**2024**

## Créditos

---

### **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) El Salvador 2024**

#### **Representante Residente del PNUD**

Maribel Gutiérrez

#### **Representante Residente Adjunta del PNUD**

Kryssia Brade

#### **Representante Residente Auxiliar del PNUD**

Rafael Pleitez

#### **Oficial de Programas, Área de Gobernabilidad Democrática del PNUD**

Laura Rivera Marinero

#### **Equipo del Buró Regional para América Latina y el Caribe (RBLAC) del PNUD**

Almudena Fernández

Rodrigo Barraza

#### **Equipo coordinador del estudio**

Carolina Molina Medina

María José Erazo

#### **Investigadora consultora**

Jessica González

#### **Corrección de estilo**

Raquel Montes Torralba

#### **Diseño y diagramación**

Rod Studio

Este documento no habría sido posible sin la valiosa colaboración de diversas personas e instituciones. Agradecemos profundamente al Instituto Nacional de Salud de El Salvador por compartir la base de datos de la primera Encuesta Nacional de Salud Mental, un recurso esencial que sustentó el análisis presentado.

Extendemos un reconocimiento especial a Mario Roberto Chávez y Fabiola Rubio de Glasswing El Salvador, y de Francisco Antonio Araniva, quienes con su experiencia brindaron aportes que fortalecieron la investigación. Asimismo, expresamos nuestra gratitud al equipo del PNUD El Salvador que contribuyó en la preparación de este documento.

Esta investigación ha sido posible gracias al financiamiento y apoyo técnico del Buró Regional para América Latina y el Caribe (RBLAC) del PNUD, en el marco del Análisis de Riesgos Emergentes para el Informe Regional de Desarrollo Humano 2025 (2025 RHDR, por sus siglas en inglés) y que forma parte de la serie de documentos que le acompañan.

---

Los puntos de vista expresados en esta publicación son de exclusiva responsabilidad de las/os autoras/es y no necesariamente representan los de las Naciones Unidas, incluyendo PNUD o los de los Estados Miembros.

Esta publicación puede ser reproducida total o en partes, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico, mecánico, fotocopiado o de otro tipo, siempre y cuando se cite la fuente.

Forma recomendada de citar:

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2024). La salud mental en la población adulta salvadoreña. Un riesgo emergente en un contexto de envejecimiento poblacional y crisis de los cuidados. El Salvador 2024.

## Tabla de contenido

Siglas y acrónimos .....	6
Introducción .....	7
<b>1. Contexto</b> .....	9
1.1. Envejecimiento poblacional en El Salvador .....	9
1.2. La crisis de los cuidados en El Salvador .....	11
1.3. Avances y desafíos en materia de salud mental en El Salvador .....	13
1.4. ¿Qué implica no atender las necesidades en salud mental? .....	15
<b>2. Metodología</b> .....	19
2.1. Fuentes de información .....	19
2.2. Definiciones y enfoque .....	20
2.3. Método de análisis .....	25
<b>3. La salud mental en la población salvadoreña</b> .....	28
3.1. Prevalencia de afecciones de salud mental en la población adulta .....	28
3.2. Factores determinantes de la salud mental en la población adulta .....	36
3.3. Análisis de la probabilidad de padecer algún problema de salud mental .....	41
<b>4. Conclusiones</b> .....	47
<b>5. Recomendaciones</b> .....	49
<b>6. Referencias</b> .....	51
<b>7. Anexos</b> .....	56

## Siglas y acrónimos

<b>APA</b>	Asociación Americana de Psiquiatría
<b>CIE-11</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima
<b>C-SSRS</b>	Escala de Calificación de Severidad del Suicidio de Columbia
<b>DSM-5</b>	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (por sus siglas en inglés)
<b>EHPM</b>	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples
<b>ENSM</b>	Encuesta Nacional de Salud Mental
<b>ENUT</b>	Encuesta Nacional del Uso del Tiempo
<b>GAD-7</b>	Escala de Ansiedad Generalizada
<b>IHME</b>	Instituto de Evaluación y Métrica de Salud
<b>ISDEMU</b>	Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer
<b>ISSS</b>	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
<b>MINSAL</b>	Ministerio de Salud
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONEC</b>	Oficina Nacional de Estadística y Censos
<b>PAM</b>	Población adulta mayor (60 años y más)
<b>PCL-5</b>	Lista de trastorno por estrés postraumático
<b>PHQ-9</b>	cuestionario de salud del paciente.
<b>TAG</b>	Trastorno de ansiedad generalizada
<b>TD</b>	Trastorno depresivo
<b>TEP</b>	Trastorno de estrés postraumático
<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas (por sus siglas en inglés)
<b>WHODAS 2.0</b>	Cuestionario de evaluación de discapacidad de la Organización Mundial de la Salud

## Presentación

En un contexto global de creciente incertidumbre y múltiples crisis, la salud mental es un pilar clave para asegurar la calidad de vida individual y un factor crítico en la capacidad de adaptación y resiliencia de las sociedades en su conjunto.

En la actualidad, El Salvador experimenta transformaciones económicas, sociales e institucionales significativas, lo que representa una oportunidad para visibilizar la importancia del bienestar mental y favorecer el diseño de políticas públicas de protección social orientadas a mejorar la calidad de vida, principalmente en poblaciones vulnerables.

En el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) trabajamos para que las personas sean el centro de las soluciones de desarrollo, por ello, ponemos a disposición del país este documento que describe el estado de la salud mental de la población salvadoreña con énfasis en la población adulta mayor (PAM).

Con el propósito de brindar una visión más integral, esta investigación aborda la coexistencia de vulnerabilidades sociales como el envejecimiento poblacional, el acceso a la protección social y la desigual distribución de responsabilidades de cuidados.

Proteger la salud mental de la población adulta mayor permitirá al país abordar de manera anticipada el cambio demográfico, a la vez que se atienden la reducción de la pobreza y la igualdad de género en todo el ciclo de vida, produciendo resultados concretos en favor del desarrollo humano.

Esta investigación también es una contribución de la Oficina del PNUD en El Salvador al marco del Análisis de Riesgos Emergentes para el Informe Regional de Desarrollo Humano 2025 (2025 RHDR, por sus siglas en inglés), elaborado por el Buró Regional para América Latina y el Caribe (RBLAC) del PNUD.

Esperamos que los datos de este documento sean un aporte oportuno para fortalecer los servicios de salud mental, diseñar soluciones digitales e innovadoras, impulsar la investigación, y promover la cohesión intergeneracional y comunitaria, para el incremento de la resiliencia y el impulso del desarrollo sostenible.

**Maribel Gutiérrez**

Representante Residente del PNUD El Salvador



## Introducción

La salud mental es de vital importancia para todas las personas, no solo como un componente esencial del bienestar general, sino también como un derecho fundamental que debe ser protegido y promovido. La salud mental permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar su potencial y relacionarse con el mundo que les rodea. Sin embargo, ante las condiciones actuales de creciente incertidumbre y múltiples crisis a las que se enfrenta el mundo y la región, como la reciente pandemia por COVID-19, guerras y crisis económicas, la salud mental se ha visto deteriorada. En el 2021, aproximadamente el 14.36 % de la población mundial sufría algún problema de salud mental, mientras que en 2019 esta cifra era del 13.24 %, es decir, se produjo un aumento del 8 % (IHME, 2023).

La presente investigación tiene como objetivo describir el estado de la salud mental en la población salvadoreña, con especial énfasis en la población adulta mayor (PAM), teniendo en consideración la coexistencia de vulnerabilidades sociales como el envejecimiento poblacional, el acceso a la protección social y la desigual distribución de responsabilidades de cuidados. Para tal efecto, en la primera sección se argumenta la relevancia de abordar la salud mental en un contexto de cambios demográficos significativos, donde el envejecimiento poblacional es una tendencia común en muchos países de América Latina y el mundo. En El Salvador, la proporción de personas mayores de 60 años representa cada vez una parte mayor de la población total, que incluso

superará a las generaciones menores de 15 años a partir del año 2045. Además, evidencia cómo este proceso de envejecimiento puede convertirse en un importante desafío para el país, dado que, a medida que la población envejece, demanda mayores servicios de atención y cuidados, los cuales son brindados principalmente de manera privada por los hogares, especialmente, por mujeres y niñas. Esta desigualdad en la provisión de cuidados genera una sobrecarga emocional en las personas cuidadoras, que puede afectar tanto a quienes reciben como a quienes proveen cuidados.

Además, se argumenta que la atención temprana tiene la capacidad de prevenir el incremento sostenido de estos problemas. Mientras que, si no se atiende la salud mental, sus efectos tienen el potencial de limitar el desarrollo de las personas. Por ejemplo, los trastornos mentales, especialmente los graves, se asocian con peores resultados de salud y mayor mortalidad. A nivel global, los trastornos de salud mental se posicionan entre las principales causas de años vividos con discapacidad, es decir, estados de salud menos plenos, lo cual limita el bienestar de la población y la productividad de la sociedad.

En la segunda sección se describe la metodología utilizada. Para evidenciar la problemática de la salud mental en la población salvadoreña se utilizaron principalmente los datos recopilados por el Ministerio de Salud (MINSAL), a través del Instituto Nacional de la Salud (INS), en la primera Encuesta Nacional

de Salud Mental (ENSM) realizada en 2022. Esta encuesta explora el estrés postraumático, depresión, ansiedad generalizada, riesgo suicida; así como los principales factores de riesgo y protección de la salud mental. El estudio presenta un análisis descriptivo de los resultados de la encuesta desagregados por grupo de edad, sexo y área geográfica (urbana y rural). Además, se complementa con un análisis de regresión logística para examinar cómo la prevalencia de afecciones de salud mental varía en función de factores clave, como la edad, el sexo y la presencia o ausencia de factores de riesgo o protección.

En la tercera parte se presentan los principales resultados descriptivos del estado de la salud mental en la población salvadoreña. Según la ENSM del año 2022, tres de cada diez personas adultas reportaron padecer algún problema de salud mental en El Salvador. De manera comparativa, los trastornos depresivos y de ansiedad presentaron una mayor prevalencia, en comparación con el resto de los problemas de salud mental evaluados en la ENSM. Además, los resultados muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres, evidenciando una mayor prevalencia de los problemas de salud mental entre las mujeres, quienes, a su vez, presentan una mayor incidencia de factores de riesgo como la discriminación y la discapacidad.

Finalmente, en la cuarta y quinta sección, se presentan una serie de conclusiones y recomendaciones. En primer lugar, se destaca que El Salvador está avanzando hacia

un proceso de envejecimiento poblacional, marcado por una desigualdad en la provisión de cuidados, afectando principalmente a las mujeres y niñas, lo cual, a su vez, impacta de manera directa en el bienestar psicológico de la población femenina. Por lo tanto, es

fundamental que las políticas públicas que se implementen para atender la salud de la población salvadoreña sean diseñadas e implementadas desde un enfoque de género, que asegure la corresponsabilidad de los cuidados y una vejez digna.

## 1. Contexto

### 1.1. Envejecimiento poblacional en El Salvador

El envejecimiento poblacional es un tema cada vez más relevante a escala global. Esta tendencia demográfica se ha acelerado en los últimos años y se estima que se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De acuerdo con las estimaciones y proyecciones de la población mundial del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (UNDESA) revisadas en 2024, las personas de 60 años o más representan el 14.5% de la población total, mientras que en 1990 esta cifra era del 9.0%. En contraste, la población menor de 15 años ha pasado de representar el 33.0% en 1990 al 20.4% en 2024, es decir, se ha reducido una tercera parte (UNDESA, 2024).

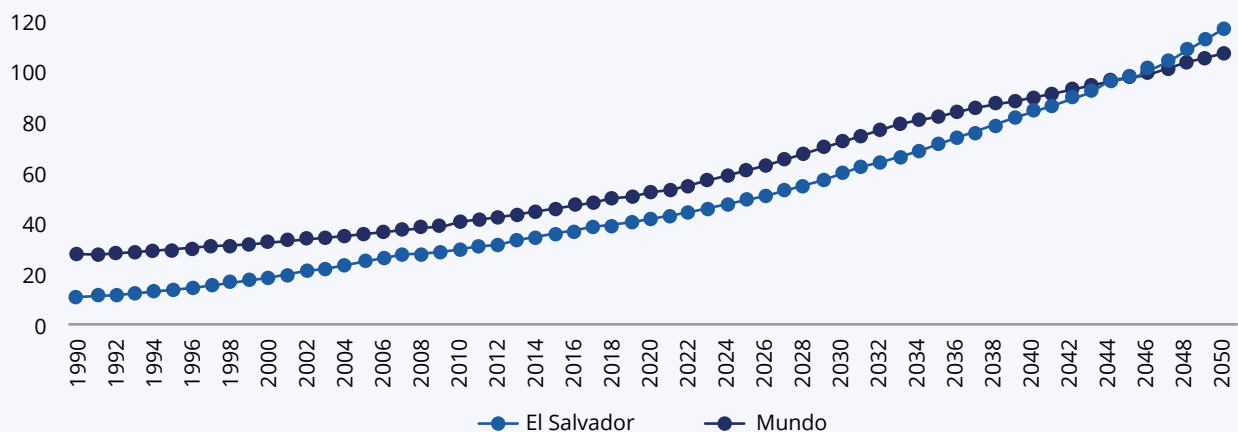
El Salvador, como el resto de los países, ha experimentado un constante aumento de la proporción de población adulta mayor (PAM)<sup>1</sup>, la cual representa un segmento poblacional cada vez más significativo. Se estima que, a

partir de 2045, la PAM salvadoreña superará a las generaciones menores de 15 años (UNFPA, 2023). Esta transición demográfica es resultado de una menor tasa de fecundidad y una mayor esperanza de vida al nacer. En El Salvador, la tasa global de fecundidad se ha reducido de 3.9 hijos por mujer en 1990 a 1.7 en 2024. Al mismo tiempo, la esperanza de vida al nacer se ha incrementado en 10 años desde 1990. Actualmente, las personas tienen una esperanza de vida promedio de 72.3 años, mientras que en 1990 era de 62.0 años (UNDESA, 2024). Estas tendencias han resultado en un aumento del índice de envejecimiento que mide la cantidad de adultos de 60 años o más por cada 100 niños, niñas y adolescentes menores de 15 años. El índice pasó de 11.0 en 1990, a 46.9 por cada 100 en el 2024; un comportamiento similar al del resto del mundo, e incluso más acelerado a partir de 2045 para El Salvador (ver gráfico 1.1). La ampliación de la esperanza de vida

<sup>1</sup> De acuerdo con el art. 2 de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, se considera persona adulta mayor a todo hombre o mujer que haya cumplido sesenta (60) años.



**Gráfico 1.1.** Índice de envejecimiento poblacional en El Salvador y el mundo (1990-2050)<sup>2</sup>



Fuente: elaboración propia a partir de las estimaciones y proyecciones de la población mundial del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas revisados en 2024 (UNDESA, 2024).

representa un logro en términos de desarrollo humano y ofrece múltiples oportunidades, tanto para las personas mayores como para la sociedad en su conjunto (OMS, 2022d). Sin embargo, el alcance y aprovechamiento de estas oportunidades está condicionado por el estado de salud de las personas y la calidad con la que se viven esos años.

Para garantizar el bienestar de la PAM salvadoreña el país debe atender los desafíos de trascender hacia una sociedad con una estructura demográfica más longeva y envejecida, especialmente en materia de protección social y acceso a servicios de

salud y cuidados. De acuerdo con la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) de 2022, en promedio solo una de cada diez personas adultas mayores tiene acceso a una pensión. Esta cobertura es incluso menor para las mujeres (7.7%) que para los hombres (14.5%) (ONEC, 2022). Como resultado, la PAM depende principalmente de los ingresos del mercado laboral o de ayudas familiares. El 33.8% de la PAM participa en el mercado laboral, y representa el 10.7% de la población ocupada. Estos ingresos del mercado laboral corresponden al 40.9% de los ingresos promedio que la PAM percibe. Una mayor proporción de

<sup>2</sup> El índice de envejecimiento poblacional es un indicador demográfico que mide la relación entre la población adulta mayor (60 años o más) y la población menor a 15 años.

la PAM depende de las ayudas familiares (42.4%), las cuales representan el 32.6% de sus ingresos (UNFPA, 2023).

En cuanto a la provisión de servicios de salud, según datos de la EHPM de 2022, una de cada cuatro personas (25.7%) tiene acceso a un seguro médico, ya sea público o privado. De esta población cubierta, el 94.1% tiene acceso por medio del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), el 3.9% por medio del Instituto de Bienestar Magisterial, el 1.7% por el Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada (IPSFA) y el restante 0.3% tiene acceso a un seguro privado (ONEC, 2022).

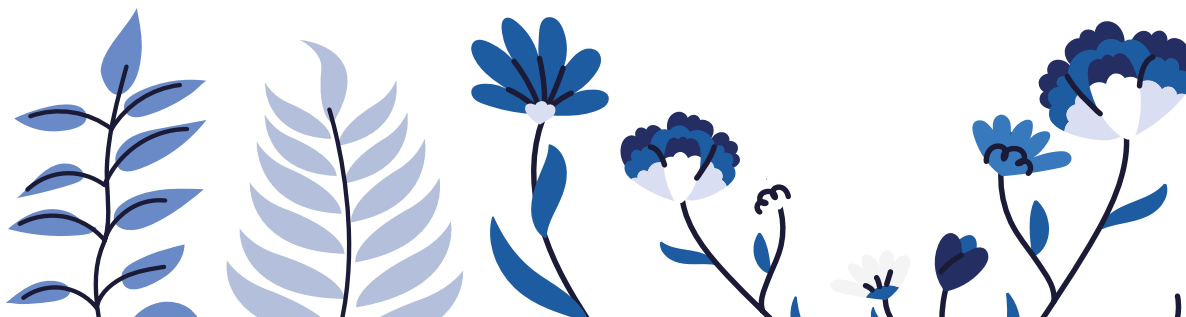
## 1.2. La crisis de los cuidados en El Salvador

En general, a medida que la población de un país envejece demanda una mayor provisión de cuidados, resultado del descenso gradual de sus capacidades físicas (como la visual, auditiva y de cuidado personal) y mentales (deterioradas por enfermedades como el alzhéimer o por depresión); y presenta una mayor prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión (UNFPA, 2023; OMS, 2022d). Debido a la baja cobertura de la PAM en los sistemas de protección social, esta provisión de atención y cuidados es asumida

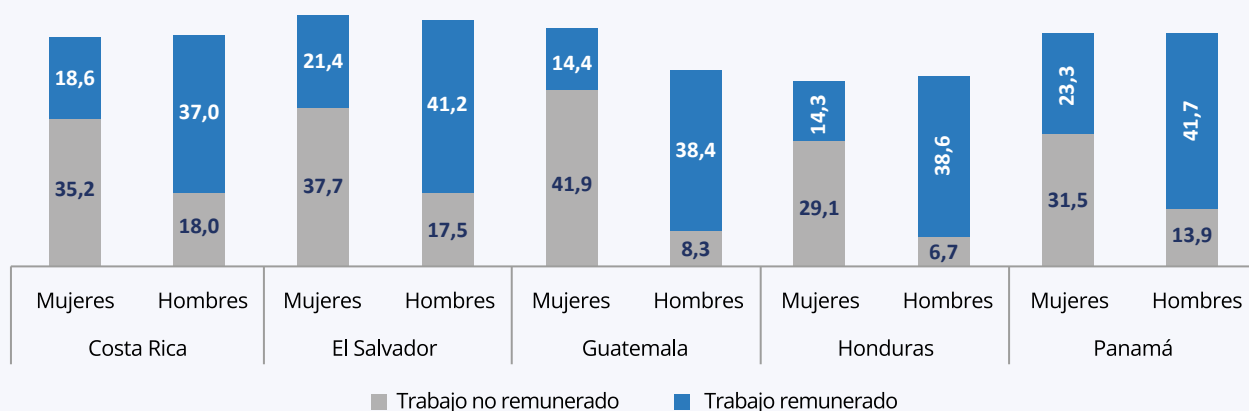
principalmente por mujeres y niñas a quienes se les atribuye esta responsabilidad de forma desigual. Por lo general, este trabajo es realizado en los hogares y sin una retribución económica. Esto se corrobora en El Salvador y en otros países del mundo.

En América Latina las mujeres dedican una mayor cantidad de horas semanales al trabajo no remunerado en comparación los hombres. Este trabajo no remunerado<sup>3</sup> consiste principalmente en el mantenimiento del hogar, las tareas de preparación de alimentos, reparación, lavado y planchado de prendas de vestir, así como el cuidado de niñez y personas adultas mayores. En países de la región como México, las mujeres dedican 42.8 horas semanales al trabajo no remunerado, mientras que los hombres solo 16.9 horas semanales. Esta desigualdad es incluso más profunda en los países de Centroamérica (ver gráfico 1.2). En Guatemala las mujeres dedican 41.9 horas semanales al trabajo no remunerado, 5 veces la cantidad que dedican los hombres (8.3 horas semanales); en Honduras, las mujeres (29.1 horas) destinan 4 veces más tiempo que los hombres (6.7 horas); en Costa Rica y El Salvador las mujeres dedican el doble de tiempo (35.2 y 37.7 horas semanales respectivamente) en comparación con los hombres (18.0 y 17.5 horas semanales) (CEPAL, 2023).

<sup>3</sup> El trabajo no remunerado es todo aquel trabajo que se realiza sin pago alguno y se desarrolla mayoritariamente en la esfera privada de la economía (autoconsumo de bienes, labores domésticas y de cuidados no remunerados para el propio hogar o para apoyo a otros hogares o la comunidad) (CEPAL, 2023).



**Gráfico 1.2.** Promedio de horas semanales destinadas al trabajo remunerado y no remunerado de la población de 15+ años, por sexo y país.



Fuente: CEPAL (2023)

Tal como se visualiza en el gráfico 1.2, las mujeres dedican una mayor parte de su tiempo al trabajo no remunerado, mientras que los hombres su principal responsabilidad se encuentra en el mercado laboral remunerado, dotándolos de autonomía económica y oportunidades de desarrollarse. En el marco de estas desigualdades y transformaciones demográficas, la provisión de cuidados se vuelve insostenible de la manera tradicional que ha sido concebida, pues las mujeres suman de forma desproporcionada la carga de cuidados (no remunerado) a la carga del trabajo remunerado.

La sobrecarga de cuidados en el seno familiar, especialmente para las niñas y mujeres — quienes se convierten en la fuente principal de atención domiciliaria y apoyo para la PAM ante la limitada protección social de los países (Schulz y Sherwood, 2008)— impone costos a

quienes los brindan, en forma de obligaciones financieras, oportunidades perdidas y salarios sacrificados, afectando de manera desproporcionada a las mujeres (Razavi, 2007). Simultáneamente, la incapacidad de los sistemas actuales para proporcionar servicios de cuidado adecuados y equitativos ante la creciente demanda derivada del envejecimiento de la población, dan como resultado una crisis de los cuidados. Esta crisis afecta el bienestar tanto de quienes necesitan cuidados como de quienes los proporcionan, y tiene implicaciones negativas para la igualdad de género, el desarrollo económico y humano, y la cohesión social (Naciones Unidas, 2023).

Este enfoque de cuidados busca hacer visible la naturaleza y el alcance del trabajo no remunerado realizado por las mujeres y las implicaciones que conlleva en materia de justicia social (Fine y Glendinning, 2005).

El Salvador ha realizado esfuerzos para abordar este desafío en la Política Nacional de Corresponsabilidad de Cuidados (2022-2030), con el objetivo de garantizar el derecho de las personas a recibir y brindar cuidados en condiciones de calidad, igualdad y no discriminación, promoviendo el desarrollo de su dignidad y autonomía, de manera que se avance hacia la construcción del Sistema Integral de Cuidados en El Salvador (ISDEMU, 2022).

Asimismo, resalta la importancia de la corresponsabilidad más allá de la existencia de mecanismos institucionales, enfatizando la necesidad de poner en el centro el reconocimiento, la redistribución y la reducción del trabajo de cuidados no remunerado, para garantizar el derecho al cuidado y avanzar hacia el logro de la igualdad de género (PNUD, 2023).

### 1.3. Avances y desafíos en materia de salud mental en El Salvador

El Salvador ha realizado esfuerzos en materia de salud mental que datan de la década de 1970, con la creación del Hospital Psiquiátrico del ISSS, el cual ofrecía servicios de consulta ambulatoria y hospitalización.

Este contaba con 10 psiquiatras a tiempo parcial, 1 médico general, 6 psicólogos, 8 enfermeras graduadas, 16 enfermeras auxiliares, 2 trabajadores sociales y 1 terapeuta ocupacional. Posteriormente, en los hospitales regionales del ISSS de Santa Ana y San Miguel, contaban con 1 psiquiatra y brindaban atención ambulatoria. A partir de 1997 se realiza un proceso de descentralización de servicios de salud mental en las unidades médicas desde un enfoque comunitario. Actualmente, este sistema descentralizado cuenta con 14 unidades médicas del ISSS<sup>4</sup> que brindan servicios de salud mental (MINSAL, 2018).

Además, de acuerdo con el Atlas de Salud Mental<sup>5</sup> publicado por la OMS en 2020, El Salvador ha realizado importantes avances en materia de gobernanza al reconocer la salud mental como un eje fundamental para garantizar el desarrollo integral del país y al haber realizado avances como la creación de una ley de salud mental desde 2017.

Esta ley establece el marco jurídico para la promoción, prevención, atención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental en las diferentes etapas de su desarrollo, asegurando un enfoque de derechos humanos (Ley de Salud Mental, 2017). También se ha diseñado la

<sup>4</sup> Unidad Médica Apopa, Unidad Médica Santa Tecla, Unidad Médica Atlacatl, Unidad Médica San Jacinto, Unidad Médica “15 de septiembre” (Barrio Santa Anita), Unidad Médica Soyapango, Unidad Médica Cojutepeque, Unidad Médica Ilopango, Unidad Médica Quezaltepeque, Unidad Médica Usulután, Hospital Regional de San Miguel, Hospital Regional de Sonsonate, Hospital Regional de Santa Ana, Hospital Policlínico Zacamil.

<sup>5</sup> El Atlas de Salud Mental 2020 incluye información sobre los avances realizados hacia el logro de los objetivos de salud mental: cobertura de servicios, integración de la salud mental en la atención primaria de salud, preparación para la prestación de apoyo psicosocial y de salud mental en emergencias e investigaciones sobre salud mental.



Política Nacional de Salud Mental, en la que se establecen los mecanismos y directrices para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales (MINSAL, 2018).

En ese sentido, el país registra avances para promover y proteger la salud mental al integrarla a los servicios que se brindan en los diferentes establecimientos de salud. Algunos ejemplos son:

- **Telemedicina.** El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) cuenta con la iniciativa “Te Escucho” que brinda atención psicológica 24/7 de forma gratuita. Asimismo, con los Telecentros 131 ubicados en cada Región de Salud y el Telecentro Salud 132, ubicado en el SEM, brinda atenciones en salud mental, las cuales incluyen primeros auxilios psicológicos, intervenciones en crisis, psicoterapia individual y grupal y pruebas psicométricas.
- **Servicio de emergencia psiquiátrica.** El país cuenta con un Centro Integral de Adicciones, ubicado en el Hospital Policlínico Arce, centro de referencia nacional en atención de salud mental, en el cual se atendieron 38,298 consultas psiquiátricas en 2023.
- **Programa de atención autocuidado de la salud dirigido a la PAM pensionada.** Se imparten charlas informativas de carácter preventivo, especialmente enfocadas en el cuidado de la salud mental.

- **Centros de prevención y tratamiento de adicciones (CPTA).** Se brinda atención médica y psicológica a pacientes con adicciones y se realizan actividades de prevención del consumo del tabaco, alcohol y otras sustancias, los cuales están disponibles de manera gratuita para toda la población mayor de 16 años. Estos se encuentran las unidades del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) (Portal de Transparencia, 2024).

Sin embargo, tanto la Ley como la Política de Salud Mental presentan desafíos en su aplicación, principalmente relacionados con la falta de recursos, coordinación y monitoreo (OMS, 2022b), poniendo de manifiesto que el país requiere fortalecer su respuesta en dicha materia. En el informe se detalla que para el 2020, en los hospitales de salud mental únicamente se contaba con 3.78 camas por cada 100 000 habitantes, mientras que anualmente se reciben 23.21 admisiones de pacientes por cada 100 000 habitantes.

Este indicador es más crítico en el caso de las unidades psiquiátricas, dado que cuentan con 0.19 camas por cada 100,000 habitantes, mientras que la admisión anual es de 32.11 pacientes por cada 100,000 habitantes, lo cual indica una capacidad de atención muy limitada (OMS, 2022b). En cuanto al recurso humano, de manera comparativa, la fuerza laboral dedicada a la salud mental ha disminuido, pasando de 7.14 trabajadores de la salud mental por cada 100,000 habitantes en 2014 a 5.72 en 2020 (OMS, 2022b).



Estas carencias del sistema público repercuten en costos económicos para las familias que cuentan con miembros afectados por algún problema de salud mental, ya que son ellas las que terminan financiando de manera privada los tratamientos médicos. Además, sin servicios de atención formal accesibles y equitativos, los adultos mayores enfrentan necesidades de atención y salud insatisfechas que les impiden alcanzar la dignidad y la inclusión en su comunidad (Naciones Unidas, 2023).

#### 1.4. ¿Qué implica no atender las necesidades en salud mental?

Los trastornos mentales, especialmente los graves, se asocian con peores resultados de salud y mayor mortalidad. De acuerdo con la OMS, la esperanza de vida de quienes padecen trastornos mentales graves es de 10 a 20 años menor, en comparación con el resto de la población, principalmente como resultado de la

adopción de comportamientos que aumentan el riesgo de enfermedades no transmisibles como el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, la inactividad física y la alimentación poco saludable (OPS, 2020a; Prince, 2007).

Además, los trastornos mentales son una de las principales causas de pérdida de salud a nivel global. Para 2019, estos representaron uno de cada seis años vividos con discapacidad (AVD) en el mundo (OMS, 2023). A efectos de esta medición, el término “discapacidad” se refiere a cualquier impacto negativo en la salud que afecta la calidad de vida y la funcionalidad de una persona. Este impacto puede ser físico, mental o social y no se limita a discapacidades severas o permanentes (Murray, 2013).

En el recuadro 1 se especifica la definición de los principales indicadores implementados por la OMS y el Instituto de Evaluación y Métrica de Salud (IHME), de estimación de pérdidas en salud atribuidas a enfermedades o traumatismos.

#### **Recuadro 1.** *Indicadores para la estimación de pérdidas en salud atribuidas a enfermedades o traumatismos*

**Años vividos con discapacidad (AVD):** Los AVD representan la cantidad de años vividos con una discapacidad o estados de salud menos plenos como consecuencia del padecimiento de una enfermedad, ajustados según la gravedad de la afección. Este indicador se calcula multiplicando las estimaciones de prevalencia en distintos niveles de gravedad por una ponderación de discapacidad asociada con la secuela o consecuencia de la enfermedad. Puede medirse como un porcentaje, indicando la proporción de años vividos con una discapacidad. A manera de ejemplo, si un país cuenta con un AVD del 18 % para trastornos mentales significaría que el 18 % de todos los años vividos con discapacidad han sido resultado del padecimiento de trastornos mentales.

**Años de vida perdidos por muerte prematura (AVP):** Los AVP son una medida que indica la mortalidad prematura como consecuencia de enfermedades o traumatismos. Este indicador se calcula como la diferencia entre la edad al momento del fallecimiento y la esperanza de vida nacional proyectada, tomando en consideración las causas específicas y la edad a la que ocurre el fallecimiento. Es decir, mide el tiempo que las personas pierden cuando mueren antes de alcanzar su esperanza de vida ideal. Por ejemplo, una persona que muere en la niñez o adolescencia genera más AVP en comparación con quienes mueren en la vejez.

**Años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD):** Un AVAD representa la pérdida de un año de salud plena. Los AVAD combinan en una sola métrica los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años vividos con discapacidad (AVD) para estimar la carga general de enfermedades o condiciones de salud.

En resumen, los AVD capturan la pérdida en salud ocasionada por las enfermedades, que no necesariamente terminan en muerte, pero reducen la calidad de vida; mientras que los AVP capturan la pérdida de años de vida. Los AVAD son la combinación de ambos. Es importante mencionar que la mayor parte de la pérdida en salud por los trastornos mentales se contabiliza en los AVD. Esto puede explicarse por la baja mortalidad directa que los problemas de salud mental tienen asociados. Por ejemplo, es más probable que otras enfermedades (del corazón, cáncer o cirrosis) ocasionen la muerte de una persona que el padecimiento de trastornos mentales. Asimismo, aunque los problemas de salud mental estén relacionados con riesgos de conducta autolesiva (OMS, 2023), el registro de dicha muerte (en caso de concretarse) se sumaría a las cifras de suicidio y no a la de trastornos mentales.

*Fuente: Definiciones adoptadas por el Instituto de Evaluación y Métrica de Salud (IHME, 2022) y la OMS (2024a).*

En 2019 a nivel mundial los trastornos depresivos y de ansiedad se ubicaron dentro de las principales causas de pérdida de salud, ocupando el segundo y sexto lugar, respectivamente. Los trastornos depresivos superan incluso a enfermedades crónicas como la diabetes y problemas de salud física como la pérdida de audición,

los cuales son la tercera y cuarta causa de años vividos con discapacidad (OMS, 2023). En el caso específico de El Salvador, los trastornos mentales mantienen su posición en el top de las primeras causas de pérdidas de salud, incluyendo, además, en la quinta posición a los trastornos mentales asociados al consumo de alcohol. Estos trastornos



superan la pérdida de salud ocasionada por enfermedades como la migraña (posición 7) y enfermedades renales (posición 11). Los trastornos depresivos solo son superados por la diabetes, que se encuentra en la posición 1 de la lista (OPS, 2020).

Además, para el 2021 en El Salvador los trastornos mentales causaron uno de cada cinco años vividos con discapacidad (18.8%), superior al efecto ocasionado por enfermedades como la diabetes (ver gráfico 1.3 – panel A) (IHME, 2022). Dentro de los trastornos mentales, los relacionados con la depresión y la ansiedad fueron los que se vincularon a una mayor pérdida de años de vida plenos (ver gráfico 1.3 – panel B).

En comparación con los hombres, las mujeres viven una mayor proporción de años con discapacidad como consecuencia de los trastornos mentales. Para las mujeres el 7.6 % de los AVD están asociados a trastornos depresivos; para los hombres, el 5.1%. Una tendencia similar se observa en los AVD por trastornos de ansiedad. A las mujeres les afecta el 6.5% y a los hombres el 4.5 % de los años vividos con discapacidad (ver gráfico 1.3 – panel B).

Al analizar la evolución de estas afectaciones en los últimos años, los datos sugieren que la población salvadoreña ha experimentado un empeoramiento de la salud mental, posiblemente vinculado con factores socioeconómicos y el impacto prolongado de la pandemia de COVID-19. En promedio, desde el 2000 al 2019, el 17.6% de los años vividos con discapacidad han sido ocasionados

por trastornos mentales; sin embargo, en 2020 (inicio de la pandemia de COVID-19) esta cifra se incrementó hasta el 19.2%, un aumento del 9.0% en un solo año. Para el 2021, dichos trastornos representaron el 18.8% de los AVD, reflejando una disminución del 2.2% respecto al 2020.

No obstante, estas cifras persisten en niveles superiores a las dos décadas previas al brote de la pandemia, especialmente los relacionados con los trastornos de ansiedad y depresivos, que han aumentado en un 18.2% y 13.2% respectivamente, en comparación con los datos reportados en el año 2000 (IHME, 2022).

La salud mental, como ya se ha demostrado en los párrafos previos, repercute de manera directa en las condiciones de salud de las personas, pero también está vinculada con otras dimensiones del desarrollo. Quienes padecen de problemas graves de salud mental están expuestos a condiciones de exclusión o incapacidad que incrementan la probabilidad de caer en situación de pobreza o de inseguridad alimentaria (OMS, 2023).

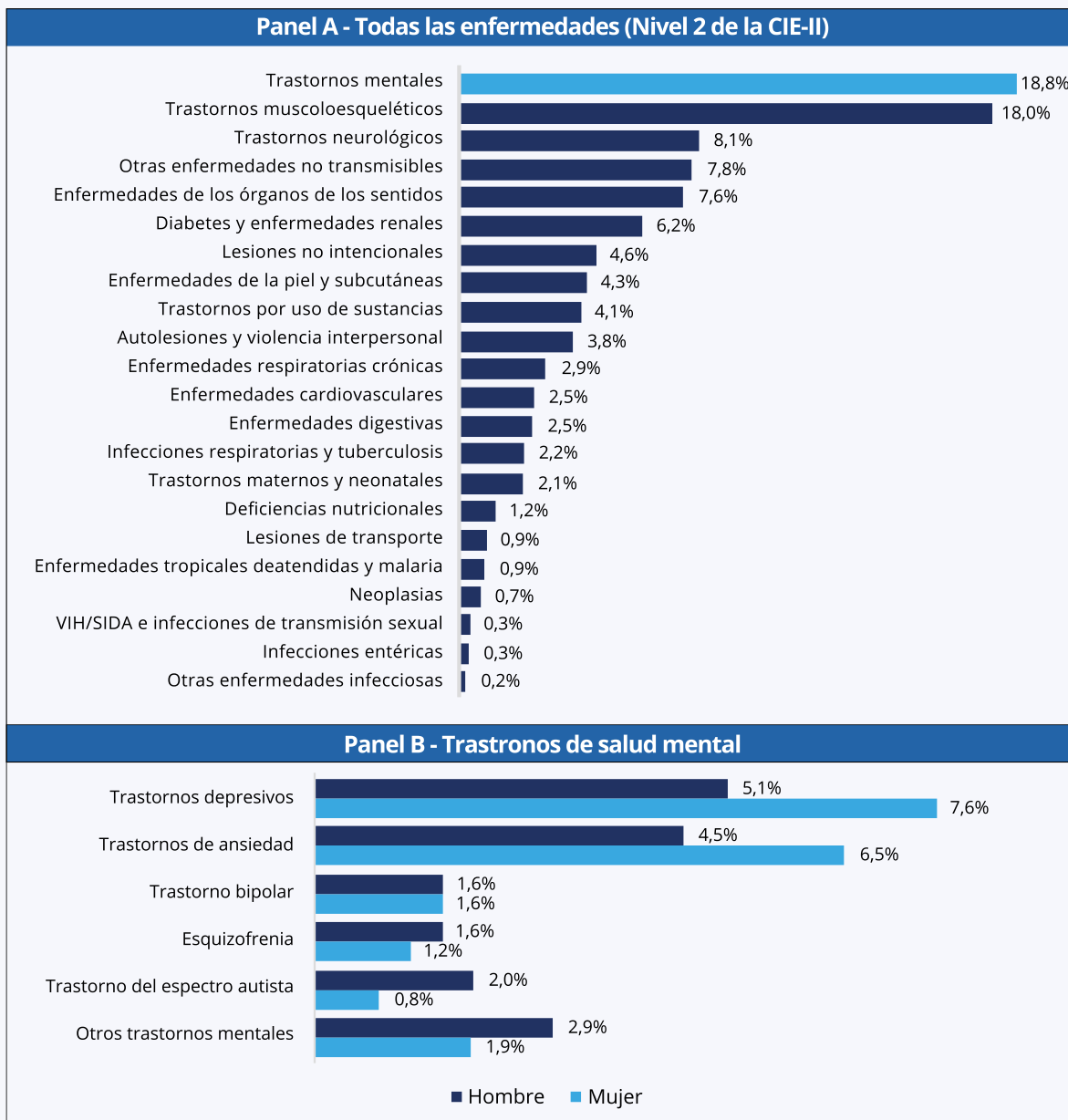
Además, pueden experimentar limitaciones de acceso a la educación y trabajos decentes, lo cual puede profundizar las desigualdades (OMS, 2023; Prince, 2007). Es así como, bajo una perspectiva de desarrollo humano, un estado de bienestar mental amplifica las capacidades individuales y colectivas de las personas.

Además, en un contexto de cambios demográficos significativos, donde el envejecimiento poblacional es una tendencia común en muchos países de América Latina

y el mundo, es importante reconocer que la salud mental no solo es un pilar clave para asegurar la calidad de vida individual de

este grupo poblacional, sino también es un factor crítico en la capacidad de adaptación y resiliencia de la sociedad en su conjunto.

**Gráfico 1.3.** Años vividos con discapacidad en la población salvadoreña (2021)



Fuente: Elaboración propia con datos del IHME (2022).



## 2. Metodología

### 2.1. Fuentes de información

Para evidenciar la problemática de la salud mental en la población salvadoreña se utilizaron principalmente los datos recopilados por el Ministerio de Salud (MINSAL), a través del Instituto Nacional de la Salud (INS), en la primera **Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM)** realizada en 2022. El objetivo de esta encuesta es describir el estado de salud mental, trastornos mentales y problemas psicosociales en la población mayor de tres años en El Salvador. El diseño de la encuesta cuenta con representatividad nacional, área geográfica (urbano y rural) y regiones de salud (central, metropolitana, occidental, oriental y paracentral).

La unidad de análisis de la ENSM 2022 fueron los hogares; niños y niñas de 3 a 7 años y de 8 a 12 años; adolescentes de 13 a 17 años; personas adultas de 18 a 59 años; y de 60 o más años dentro de los hogares seleccionados (estos dos últimos grupos constituyen el foco de la presente investigación). En el anexo 1 se detalla el tamaño muestral y la tasa de respuesta.

El análisis de los resultados obtenidos en la ENSM 2022 se complementa con datos socioeconómicos de la población salvadoreña, a partir de información proporcionada por la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples

(EHPM) de 2022, instrumento estadístico recolectado de manera anual por la Oficina Nacional de Estadística y Censos (ONEC), e indicadores de la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT) de 2017.

## 2.2. Definiciones y enfoque

### Salud mental

Para los fines del estudio se asumió la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud mental es un estado de bienestar que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar su potencial, aprender y trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad”.

Esta definición destaca que la salud mental va más allá de la ausencia de trastornos mentales, y su valor intrínseco es esencial para asegurar la calidad de vida y el bienestar de toda la población, ya que sustenta las capacidades individuales y colectivas que permiten a las personas desarrollar su potencial y participar plenamente en la sociedad (OMS, 2022c).

Además, la salud mental no es lineal, sino más bien fluctuante (OMS, 2023), lo cual implica que cada persona puede experimentar diferentes estados de bienestar mental a lo largo de su vida, en respuesta a las experiencias vividas. Para abordar esta complejidad es importante comprender la definición de los problemas de salud mental y cuáles son los factores que la protegen o socavan.

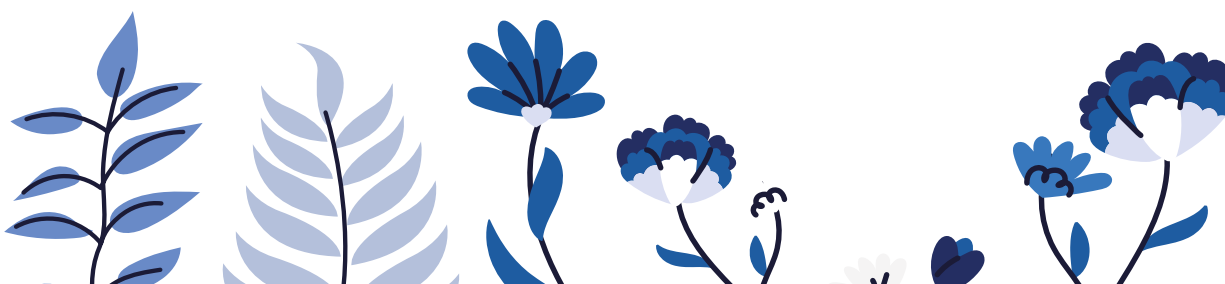
### Problemas de salud mental

Los problemas de salud mental, según la OMS (2023), engloban el padecimiento de trastornos mentales y discapacidades psicosociales, así como otros estados mentales asociados a un alto grado de angustia, malestar psicológico significativo, discapacidad funcional o riesgo de comportamiento autolesivo (OMS, 2023).

Los trastornos mentales son afecciones que socavan significativamente la forma en que las personas piensan, se comportan o interactúan con los demás. Algunos ejemplos de ellos son la depresión, la ansiedad, y el estrés postraumático. Para los fines del estudio, se asumió la definición general de trastornos mentales de la OMS, de acuerdo con la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11):

*Los trastornos mentales son síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estas perturbaciones están generalmente asociadas con malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento (OMS, 2022a).*

En este estudio se abordan únicamente los trastornos explorados por la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) realizada en



El Salvador para 2022: estrés postraumático, depresión y ansiedad generalizada. Las definiciones de cada uno de estos trastornos han sido adoptadas de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades,

Undécima Revisión (CIE-11) de la OMS (2022) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013) (ver recuadro 2).

### Recuadro 2. Definiciones de los principales trastornos de salud mental

**Trastorno de estrés postraumático:** Es una condición de salud mental que algunas personas desarrollan en respuesta a la exposición de un evento traumático (guerras, accidentes, actos de violencia sexual o física, entre otros). Estos trastornos se caracterizan por la siguiente sintomatología: **síntomas de reviviscencia** caracterizados por episodios recurrentes e involuntarios que les recuerda el evento traumático, o les hace volver a experimentarlo en el presente en forma de sueños, pensamientos o flashbacks, en los cuales la persona siente o actúa como si el evento traumático estuviera ocurriendo nuevamente; **síntomas evasivos** caracterizados por una persistente evitación de estímulos asociados con el evento traumático, como personas, situaciones o lugares que le recuerdan la situación experimentada; **síntomas emocionales** que se identifican con la persistencia de pensamientos negativos sobre sí mismo y su entorno, así como una distorsión sobre la causalidad y consecuencias del evento traumático, que resultan en sentimientos de culpa sobre sí mismo o los demás, combinados con una reducción de la capacidad para experimentar emociones positivas y la pérdida del interés por participar en actividades; y **síntomas de hipervigilancia** reflejado en una percepción persistente de amenazas. Estos síntomas deben estar presentes durante más de un mes y causar un malestar clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento del individuo.

**Trastorno depresivo:** Se caracteriza por episodios de al menos dos semanas de duración, que implican estados de ánimo depresivo como la tristeza, pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del tiempo, acompañado de otros síntomas cognitivos como sentimientos de culpa o infravaloración personal, disminución de la capacidad de concentración y pensamientos e ideaciones suicidas; síntomas físicos como la pérdida o aumento de peso o apetito significativa, aumento de la fatiga o pérdida de energía.

**Trastorno de ansiedad generalizada:** Se caracteriza por síntomas marcados de ansiedad que persisten durante al menos seis meses en la mayor parte del tiempo, los cuales implican una preocupación excesiva y difícil de controlar, centrada en múltiples ámbitos de la vida, con mayor frecuencia relacionados con la familia, la salud, las finanzas y la escuela o el trabajo. Además, se combinan con la presencia de síntomas adicionales como inquietud o nerviosismo, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o trastornos del sueño.

*Fuente: Definiciones de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11) de la OMS (2022) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013).*

En términos operativos, para la medición de los trastornos mentales antes descritos se utilizaron las escalas estandarizadas implementadas por la ENSM 2022, conforme al siguiente detalle:

Para explorar el **trastorno de estrés postraumático**, la ENSM 2022 utilizó la lista de trastorno por estrés postraumático (PCL-5 por sus siglas en inglés), la cual consta de 20 preguntas con categoría de respuesta estilo Likert que va de 0 (nada) a 4 (extremadamente), tomando en consideración los criterios diagnósticos de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 por sus siglas en inglés). Se considera que el individuo presenta síntomas significativos de estrés postraumático cuando obtiene un resultado superior a 31 puntos (Durón-Figueroa, et al., 2019).

Para indagar sobre el **trastorno depresivo**, la ENSM 2022 utilizó el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9 por sus siglas en

inglés), el cual consta de 9 preguntas, que evalúa la presencia de síntomas depresivos, basados en los criterios del DSM-5, para el episodio depresivo mayor, durante las dos últimas semanas previas a la encuesta. Las puntuaciones del PHQ-9 se califican con una escala Likert que va de 0 (nunca), a 3 (casi todos los días). El nivel de depresión puede clasificarse en las siguientes categorías: sin depresión, leve, moderado, alto y grave.

Para explorar el **trastorno de ansiedad generalizada**, la ENSM 2022 implementó la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7 por sus siglas en inglés), que consta de una batería de 7 preguntas, evaluando síntomas de ansiedad en las últimas dos semanas. La valoración se realiza con una escala Likert que va de 0 (nada) a 4 (casi todos los días). La gravedad de los síntomas se organiza en cuatro categorías: mínimo, leve, moderado y grave.

Además, se evaluó la **ideación y conducta suicida**. Se exploró a través de la Escala

de Calificación de Severidad del Suicidio de Columbia (C-SSRS por sus siglas en inglés), la cual consta de 6 preguntas que explora: i) el deseo de estar muerto, ii) pensamientos suicidas activos no específicos, iii) pensamientos sobre cómo cometer suicidio, iv) pensamientos suicidas e intenciones generales, v) pensamientos suicidas con plan detallado e vi) intenciones de realizar planes dependiendo de donde haya respuesta afirmativa.

---

### Factores determinantes de la salud mental

Durante el ciclo de vida de las personas, múltiples determinantes individuales, familiares, sociales y estructurales pueden combinarse para proteger o socavar la salud mental. Si bien los factores determinantes son múltiples, en este estudio se retomaron los abordados en la ENSM 2022 y que se han considerado importantes en la argumentación teórica de la investigación.

Por un lado, existen **factores de riesgo de la salud mental** definidos como aquellos factores físicos, psico-emocionales y sociales que aumentan la probabilidad de que una persona desarrolle problemas de salud mental (OPS, 2023). Algunos ejemplos de estos factores de riesgo pueden ser estresores de la vida diaria como la acumulación de trabajo, carga de cuidados y la exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, violencia, desigualdad y la

degradación del medio ambiente. En términos operativos se incluyeron en el análisis los siguientes:

El **género** es un importante factor que puede afectar las posibilidades de tener un problema de salud mental. Las mujeres tienen una mayor probabilidad de estar expuestas a condiciones socioeconómicas más desfavorables que los hombres a lo largo de su ciclo de vida, como la violencia intrafamiliar, carga desigual del trabajo de cuidados, entre otros, lo cual incrementa el riesgo de deterioro de su salud mental (Bacigalupe, et al., 2020; OMS, 2023).

El **área de residencia**, como factor diferenciador de acceso a recursos, ejerce también como factor de riesgo de la salud mental, pues en áreas rurales el acceso a oportunidades económicas es menor que en las áreas urbanas y la provisión de servicios públicos básicos es más limitada, lo que puede incrementar los sentimientos de abandono, frustración y angustia (Baldeón-Martínez, 2019).

La **discapacidad** es definida<sup>6</sup> como una condición que resulta de la “interacción entre las personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y las diversas barreras del entorno, que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Naciones Unidas, 2006). Las personas con discapacidades tienen más probabilidades que

---

<sup>6</sup> De acuerdo con el art. 1 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

el resto de la población de estar expuestas a situaciones de discriminación y estigmatización, que limitan su acceso a una atención médica adecuada e incrementan el riesgo de deterioro de su salud mental (CDC, 2020).

La ENSM 2022 analiza la discapacidad de personas adultas mediante el Cuestionario de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0), versión de 12 preguntas estandarizadas para la medición de la salud y la discapacidad en las culturas. Con ella se describe el nivel de dificultad que la persona ha tenido en los últimos 30 días, a través de 6 dominios: movilidad, cognición, participación, cuidado personal, relaciones y actividades cotidianas. El nivel de discapacidad puede agruparse en cuatro categorías: sin discapacidad, leve, moderada y severa/extrema.

La **discriminación** es definida como cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia u otro trato diferencial que se base directa o indirectamente en motivos raciales, de género, edad, orientación sexual, lugar de residencia, situación económica, discapacidad, religión, entre otros; y que tenga la intención o el efecto de anular o perjudicar el reconocimiento, el disfrute o el ejercicio, en igualdad de condiciones, de derechos humanos y libertades fundamentales en el ámbito político, económico, social, cultural o de cualquier otro campo de la vida pública (Naciones Unidas, 2019).

Se considera un factor de riesgo porque aumenta la probabilidad de exclusión social

y la vulnerabilidad económica. Dentro de los grupos socialmente marginados se traduce en mayores tasas de trastornos mentales; además, tienen un menor y limitado acceso a atención médica (OMS, 2023).

Para su medición, se utilizaron preguntas de autoreporte de discriminación experimentada en los últimos doce meses, propuestas por las Naciones Unidas (MINSAL, 2022).

El **consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias** es un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de socavar la salud mental, tanto de quienes son considerados mentalmente sanos como de aquellos con la prevalencia de algún problema de salud mental. Las personas que son expuestas a factores sociales desfavorables como la pobreza, desigualdad, violencia, entre otros, pueden recurrir al consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias como mecanismos de afrontamiento; sin embargo, esto se traduce en efectos negativos sobre su salud y su entorno, aumentando la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental como la depresión y ansiedad. Por otro lado, las personas con trastornos mentales tienen más probabilidades de consumir estas sustancias (OMS, 2023).

Por su parte, los **factores de protección de la salud mental** son aquellos que disminuyen el riesgo de sufrir problemas de salud mental. Entre ellos se encuentran los factores individuales como la autoestima, resiliencia y habilidades; y los factores sociales y comunitarios como las interacciones sociales positivas, la educación de calidad, el trabajo

decente, los vecindarios seguros y la cohesión social (OMS, 2023; OPS, 2020a). En términos operativos del reporte, se incluyeron dos: la resiliencia y el apoyo comunitario.

La **resiliencia** es el proceso de adaptarse bien o positivamente a la adversidad, a un trauma, tragedia, amenaza o fuentes de tensión significativas, como problemas familiares o de relaciones personales, problemas serios de salud o situaciones estresantes del trabajo o financieras. Ser resiliente no quiere decir que la persona no experimenta dificultades o angustias, sino que tiene la capacidad de resistir, recuperarse y aprovechar estas experiencias adversas para su crecimiento personal (APA, 2011).

Además, la resiliencia refleja la confluencia dinámica de factores que promueven la adaptación positiva a pesar de la exposición a experiencias adversas. Se considera que la resiliencia es un componente de la adecuada adaptación psicosocial y se asocia positivamente con la salud mental (Cobanyes, 2010).

La ENSM 2022 indaga sobre la resiliencia por medio de la escala breve de resiliencia (BRS por sus siglas en inglés), una medida de resiliencia de seis ítems que se centra en la capacidad de recuperarse del estrés y la adversidad. Las respuestas se califican en una escala Likert de 5 puntos, desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Cuanto mayor sea la puntuación media de la BRS, más resiliente será el encuestado. El nivel de resiliencia puede agruparse en tres categorías: baja, normal y alta.

El **apoyo comunitario** se define como la percepción que tienen los individuos sobre la disponibilidad y calidad del apoyo social que pueden recibir de su comunidad (Gracia y Herrero, 2006). Este se considera un factor de protección de la salud mental, ya que una persona que se perciba respaldada y apoyada por quienes le rodean dispone de más recursos para afrontar de maneras más positivas sus problemas y preocupaciones. Barrón y Sánchez (2001) encuentran una asociación positiva entre ambos.

La ENSM 2022 explora este determinante por medio de la escala de apoyo percibido (EAP), la cual consta de 14 preguntas que miden la integración comunitaria, participación en la comunidad y organizaciones comunitarias. La valoración se realiza con una escala Likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). El nivel de apoyo comunitario percibido se organiza en cinco categorías: muy malo, malo, regular, bueno y excelente.

### 2.3. Método de análisis

Se desarrolla un análisis descriptivo de las afecciones de salud mental exploradas en la ENSM 2022 (estrés postraumático, depresión, ansiedad generalizada y riesgo suicida) y los principales factores determinantes de la salud mental desagregados por grupo de edad, sexo y área geográfica (urbano y rural). Además, se emplearon pruebas de significancia estadística para evaluar las diferencias en las medias entre los grupos analizados, con el fin de determinar la existencia de variaciones significativas en las variables de interés.

El estudio se complementa con un análisis de regresión logística binaria de los datos, para comprender cómo la prevalencia de una afección de salud mental varía según variables relevantes como la edad, el sexo y la presencia o ausencia de factores de riesgo o de protección de la salud mental.

El modelo de regresión logística binaria es ampliamente utilizado en estudios de salud mental debido a su capacidad para analizar variables dependientes dicotómicas, como la presencia o ausencia de trastornos mentales, permitiendo estimar la probabilidad de que un individuo presente una condición particular en función de un conjunto de variables independientes (Hosmer, Lemeshow, & Sturdivant, 2013).

Este enfoque es especialmente útil en investigaciones que incluyen factores predictivos de salud mental, como la discapacidad, el apoyo social y la resiliencia, ya

que, al utilizar la regresión logística, es posible ajustar el modelo a variables explicativas y obtener *odd ratios* que cuantifican la fuerza de asociación entre las variables explicativas y los resultados de salud mental (Menard, 2002).

Por ejemplo, autores como Schaakxs et al. (2017), han utilizado el análisis de regresión logística para comprender cómo los síntomas de depresión varían con la edad en adultos mayores y los factores de riesgo asociados.

En el modelo a utilizar la variable dependiente es una variable dicotómica que indica si el individuo encuestado padece alguna (una o varias) de las afecciones de salud mental exploradas en la ENSM 2022. La variable independiente principal es el grupo de edad, para conocer si existen diferencias significativas entre la población adulta y la PAM. Como variables de control, se incorporarán en la especificación del modelo las siguientes variables:

### Log (afecciones)

$$= \beta_0 + \beta_1 \text{ edad} + \beta_2 \text{ sexo} + \beta_3 \text{ rural} + \beta_4 \text{ resiliencia} + \beta_4 \text{ apoyo comunitario} + \beta_5 \text{ resiliencia} * \text{apoyo} + \beta_6 \text{ discapacidad} + \beta_7 \text{ discriminación} + \beta_8 \text{ alcohol} + \beta_9 \text{ tabaco} + \beta_{10} \text{ trabajo} + \beta_{11} \text{ ingresos}$$

**Tabla 1.** Definición de variables utilizadas en el modelo

<b>Variable</b>	<b>Definición (variables dicotómicas)</b>
<b>Grupo de edad</b>	Toma el valor de 1 si es adulto de 60 años o más
<b>Sexo</b>	Toma el valor de 1 si es mujer
<b>Área de residencia</b>	Toma el valor de 1 cuando el encuestado vive en la zona rural
<b>Resiliencia</b>	Toma el valor de 1 si la persona encuestada alcanza un nivel de resiliencia normal o alta
<b>Apoyo comunitario percibido</b>	Toma el valor de 1 cuando el encuestado percibe un nivel de apoyo comunitario bueno o excelente
<b>Discapacidad</b>	Toma el valor de 1 cuando el encuestado presenta algún nivel de discapacidad
<b>Discriminación</b>	Toma el valor de 1 cuando el encuestado reporta haber experimentado algún tipo de discriminación en los últimos 12 meses
<b>Consumo de alcohol</b>	Toma el valor de 1 si la persona encuestada ha consumido alcohol alguna vez en la vida
<b>Consumo de tabaco</b>	Toma el valor de 1 si la persona encuestada ha consumido tabaco alguna vez en la vida
<b>Trabajo remunerado</b>	Toma el valor de 1 si la persona encuestada se encuentra trabajando de manera remunerada
<b>Ingresos</b>	Toma el valor de 1 si la persona encuestada reporta que el ingreso percibido por el grupo familiar logra cubrir sus necesidades básicas

*Nota: Todas las variables toman el valor de cero en caso de no cumplir con las definiciones detalladas en la tabla.*

Es importante mencionar que el estudio tiene la limitante de no contar con: (i) información histórica para comparar tendencias en los indicadores de salud mental y estimar el impacto de la pandemia del COVID-19, por lo que se reconoce que las prevalencias encontradas pueden estar afectadas por esta crisis sanitaria y económica experimentada a nivel global; (ii) la muestra de hogares de la ENSM no cuenta con un identificador correspondiente con la muestra de la EHPM, por lo que, si bien la situación descrita con datos de la EHPM refleja la realidad de los hogares del país para ese año, sería valioso contar con datos integrados.



### 3. La salud mental en la población salvadoreña

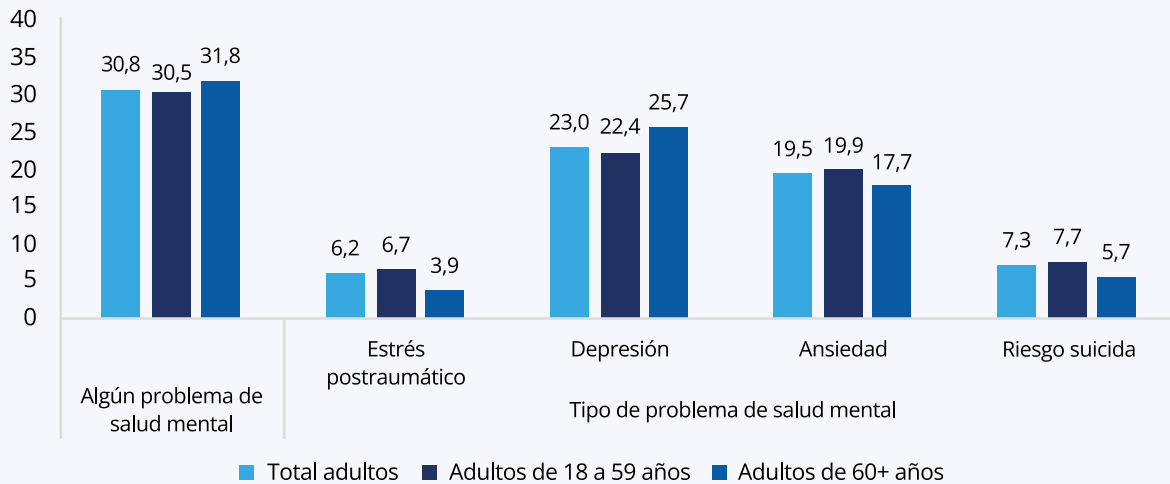
#### 3.1. Prevalencia de afecciones de salud mental en la población adulta

**Según la Encuesta Nacional de Salud Mental para 2022, tres de cada diez personas adultas reportaron padecer alguna afección de salud mental en El Salvador.** La encuesta indaga la prevalencia de estrés postraumático, depresión, ansiedad generalizada, así como la prevalencia de riesgo suicida en el grupo poblacional mayor de 18 años.

**En comparación, la depresión y la ansiedad son las principales afecciones que afectan a la población adulta, tanto en el grupo de edad de 18 a 59 años, como a la PAM.** En el caso de la depresión, una de cada cuatro

personas adultas mayores (25.7%) y una de cada cinco personas en el rango de edad de 18 a 59 años reportó padecer esta afección (22.4%). Asimismo, una de cada cinco personas adultas experimenta algún nivel de ansiedad (19.5%); esta cifra es del 17.7% para la PAM. Aunque el riesgo suicida y el estrés postraumático es menos incidente, la proporción de adultos que padece una de ellas supera el 6% (ver gráfico 3.1). En la PAM, la prevalencia de síntomas de estrés postraumático (3.9 %) y riesgo suicida (5.7%) es menos frecuente que en el caso de los adultos de 18 a 59 años (6.7% y 7.7% respectivamente).

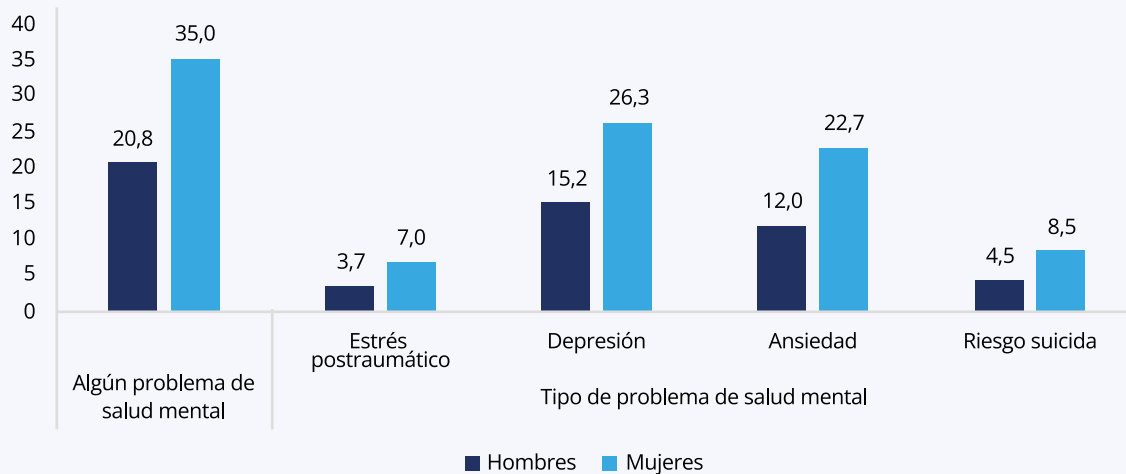
**Gráfico 3.1.** Afecciones de salud mental en población adulta por grupo de edad (%)



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

**Las mujeres presentan mayor prevalencia de afecciones de salud mental en comparación con los hombres.** A nivel nacional, el 35.0% de las mujeres padece alguna afección de salud mental, una prevalencia 14.2 puntos porcentuales superior a la de los hombres. En cada una de las cuatro afecciones, la prevalencia para las mujeres es de casi el doble, principalmente en trastornos depresivos y de ansiedad, los cuales representan la mayor incidencia (ver gráfico 3.2).

**Gráfico 3.2.** Afecciones de salud mental en población adulta por sexo (%)

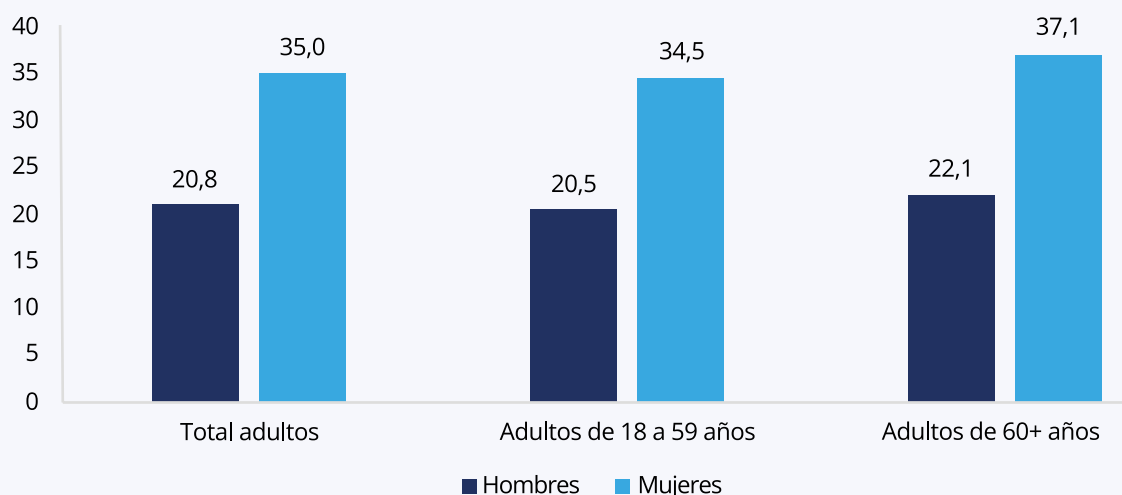


Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

Además, se observa que en la población de 18-59 años el 34.5 % de las mujeres reporta padecer alguna afección de salud mental, mientras que en la PAM esta cifra es del 37.1% (ver gráfico 3.3). Estas cifras sugieren

que no solo es más probable que las mujeres desarrollen problemas de salud mental en comparación con los hombres<sup>7</sup>, sino que también enfrentan un mayor riesgo de padecer estos trastornos a medida que envejecen.

**Gráfico 3.3.** Porcentaje de la población adulta con algún problema de salud mental por sexo



*Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).*

Estos resultados pueden estar estrechamente relacionados con la sobrecarga de cuidados que asumen las mujeres a lo largo de su vida, dado que, incluso en la vejez, con frecuencia son responsables del cuidado de familiares, que conlleva un fuerte componente emocional.

Las generaciones de 60 años o más proveen el 13.8% de las horas de cuidado demandadas por los hogares del país, de las cuales el 78.7% es brindada por mujeres (UNFPA, 2023). De

acuerdo con datos de la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT) 2017, la PAM femenina dedica 13 horas semanales al cuidado de los niños y niñas menores de 14 años dentro del hogar, mientras que los hombres destinan solamente 8 horas semanales (Ministerio de Economía, 2018).

Las mujeres incluso renuncian a su participación en el mercado laboral para atender las necesidades de cuidado. De

<sup>7</sup> La diferencia de medias en cada grupo poblacional es estadísticamente significativa al 99.0 % de confianza.

acuerdo con datos de la EHPM 2022, de las mujeres que están fuera de la fuerza laboral, el 60.8% no buscó empleo debido a los quehaceres domésticos, mientras que en el caso de los hombres este motivo solo representó el 1.7% (ONEC, 2022).

**La PAM de las áreas rurales experimenta una mayor incidencia de problemas de salud mental<sup>8</sup>.** El 35.9% de la PAM del área rural reporta padecer al menos un trastorno de salud mental; esta cifra es 7.1 puntos porcentuales superior en comparación con la PAM urbana (ver gráfico 3.4). Una asociación importante es el rezago económico entre el

área rural y urbana: para el 2022, el 29.6% de los hogares rurales se encontraba en situación de pobreza, mientras que en el área urbana la cifra era del 24.9%, una diferencia de 4.7 puntos porcentuales. Además, el 31.6% de las personas adultas mayores del área rural se encontraba en situación de pobreza, mientras que en el área urbana este porcentaje era del 25.1%.

Estos resultados son relevantes, dado que vivir en contextos desfavorables es considerado como un factor de riesgo que incrementa las probabilidades de sufrir problemas de salud mental (OMS, 2023).

**Gráfico 3.4.** Porcentaje de la población adulta con algún problema de salud mental por área de residencia



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

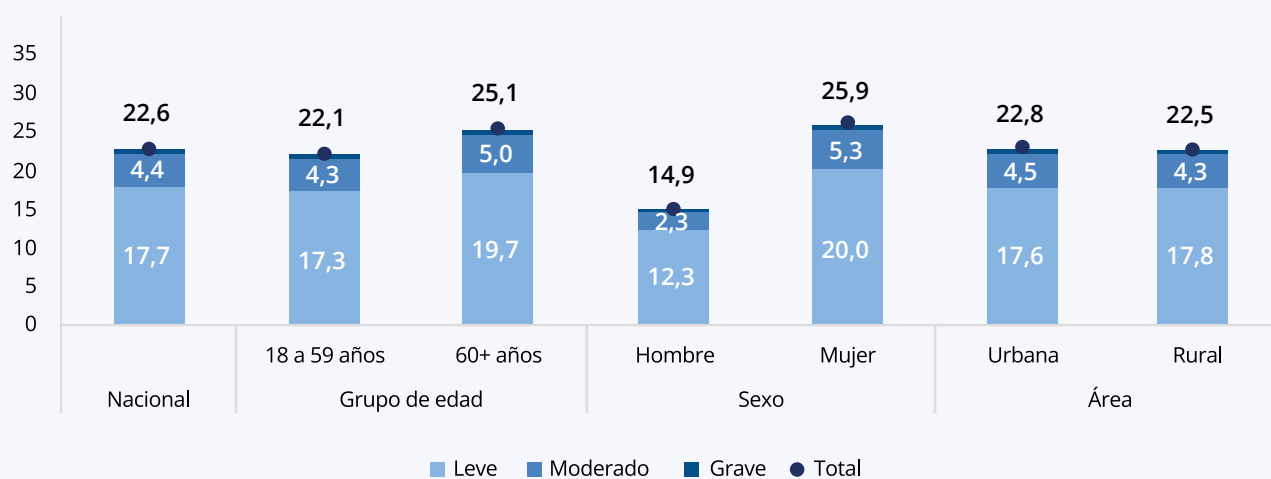
<sup>8</sup> La diferencia de medias entre residentes de áreas rurales y urbanas es estadísticamente significativa al 99.0 % para el grupo poblacional de 60 años o más, mientras que para los adultos de 18 a 59 años la diferencia no cuenta con significancia estadística.

**El problema de salud mental de mayor prevalencia en la PAM es el trastorno depresivo, afectando a una de cada cuatro personas (ver gráfico 3.1).** Aunque la mayoría de las personas que tienen esta afección presenta niveles leves de depresión, la proporción de PAM que reporta niveles moderados y severos (5.5%) es superior en

comparación con los adultos de 18 a 59 años (4.9%) (ver gráfico 3.5).

Estos resultados pueden estar asociados con las experiencias de pérdidas, como la muerte de familiares y amistades, diagnósticos de enfermedades crónicas, discapacidades, dependencia económica, entre otras.

**Gráfico 3.5.** Prevalencia del trastorno depresivo (% adultos por nivel de depresión)

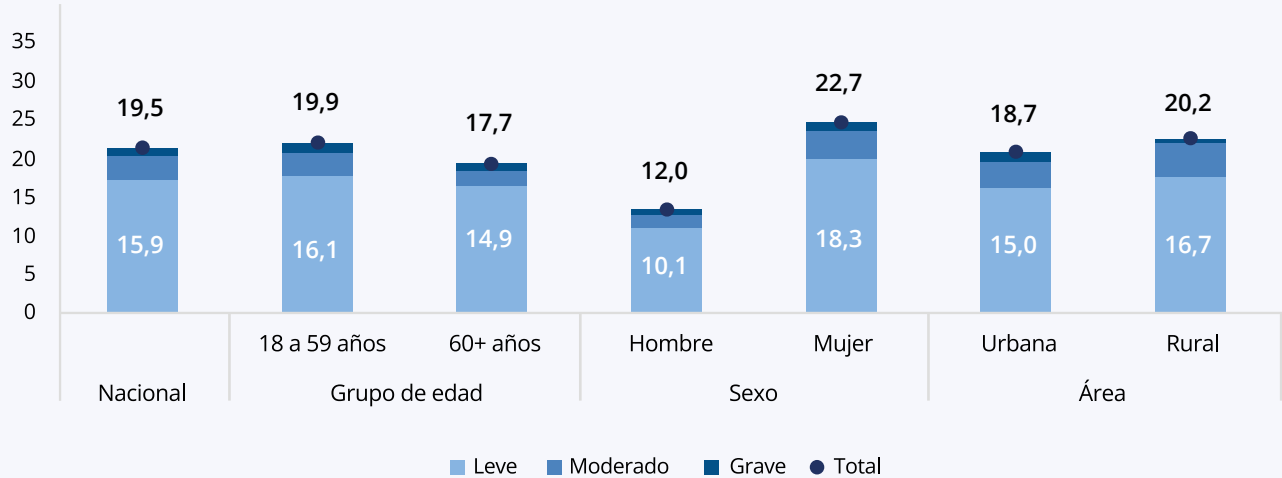


Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

**La segunda afección de salud mental más prevalente en El Salvador es el trastorno de ansiedad, que afecta a una de cada cinco personas adultas.** Este problema afecta en mayor medida a la población en el rango de edad de 18 a 59 años (19.9%) (ver gráfico 3.1). Los niveles de afección son predominantemente leves y representan una mayor proporción de gravedad en la población femenina (ver gráfico 3.6).



**Gráfico 3.6.** Prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada (% adultos por nivel de ansiedad)



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

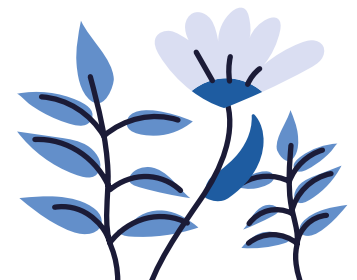
**La presencia de problemas de salud mental está relacionada con un aumento de comportamientos autolesivos e incremento del riesgo suicida (OMS, 2023).**

Para el 2022, el 2.4% de los adultos de 18 a 59 años y el 1% de la PAM tenía un riesgo moderado-alto de ideación suicida. Para el 2019, en El Salvador ocurrieron 6 suicidios por cada 100 000 habitantes (OMS, 2024b).

**Incluso cuando los problemas de salud mental se experimentan en niveles leves, es clave brindar atención, especialmente a los grupos vulnerables como la PAM, mujeres y residentes de áreas rurales.** El tratamiento de los problemas de salud mental en sus etapas iniciales disminuye la probabilidad de que estas afecciones se agraven (McGorry et al., 2011).

Por el contrario, cuando la salud mental se ignora, estas afecciones pueden combinarse con otros problemas de salud o consumo de sustancias, lo cual afecta la calidad de vida de quien los padece y de su círculo familiar, ya que el deterioro de la salud resulta en un incremento de los gastos del hogar para brindar asistencia médica y/o una reducción de los ingresos por la pérdida de productividad de quien padece la afección o de la persona cuidadora.

**Asimismo, dejar atrás la salud mental puede derivarse en una sobrecarga de los sistemas de salud,** especialmente en países como El Salvador, donde el principal lugar de consulta cuando las personas enferman es el sector público. Para el 2022, tres de cada cuatro personas que estuvo enferma asistió



al sistema público (ONEC, 2022). La atención temprana en materia de salud mental resulta ser costo-efectiva, ya que favorece la reducción de necesidades de atención más costosas y complejas en el futuro (OMS, 2023).

**Sin embargo, de acuerdo con la ENSM 2022, en El Salvador solo el 3.9% de la población adulta ha sido diagnosticada por un médico o psicólogo con algún problema de salud mental.** En especial, la PAM presenta menores niveles de diagnóstico (3.3%), en comparación con la población de 18 a 59 años (4.1%). Al contrastar estos resultados con la prevalencia de afecciones de salud mental (30.8%) identificadas en la ENSM 2022 (ver gráfico 3.1), se concluye que los diagnósticos son significativamente menores.

Esto puede responder al desconocimiento de los síntomas, estigmatización o falta de acceso a los servicios de salud, lo cual resalta la importancia de adoptar medidas que permitan aumentar el diagnóstico en las primeras etapas de estas afecciones.

Principalmente, se reconoce que existe un subregistro en el caso de los hombres, debido a una masculinidad socializada a lo largo de la vida que rechaza las expresiones de las emociones y el reconocimiento de la propia vulnerabilidad; esto los puede llevar a sentirse inclinados a ocultar o minimizar su sufrimiento psicológico o imponerse barreras que les impidan identificar y

comunicar emociones internas y mucho menos a valorar estas manifestaciones como indicadores de un problema de salud mental (Espinosa, et al, 2015).

Por lo tanto, la PAM y sus necesidades en materia de salud mental deben ser tomadas en cuenta en las políticas públicas de corto y mediano plazo, pues sus vulnerabilidades en materia de acceso a cuidado y deterioro de su salud física incrementan la presión sobre los hogares y los sistemas públicos de protección social.

Además, **no se puede analizar la salud mental de la PAM de manera aislada sin tener en consideración los efectos intergeneracionales.** En el largo plazo, la niñez y adolescencia serán la PAM que predomine demográficamente, por lo que conocer el estado de su salud mental en el presente es útil como insumo para el diseño de políticas públicas orientadas a la preparación del país para el futuro, marcado especialmente por estructuras demográficas cada vez más envejecidas.

Asimismo, **el estado de bienestar mental de las generaciones más jóvenes puede ampliar o reducir el bienestar psicológico de la PAM.** Las personas adultas mayores, a pesar de experimentar mayores niveles de discapacidad y dependencia, desempeñan un rol clave en el mundo de los cuidados al ser proveedores de cuidados de la niñez y adolescencia (así como de sus parejas).



La responsabilidad de cuidar a familiares (u otras personas) está asociada a niveles más altos de estrés y deterioro de la salud mental, especialmente cuando la persona que recibe los cuidados enfrenta dificultades funcionales

o malestar psicológico (Peñaranda, et al., 2009). En el recuadro 3 se describe la incidencia de las principales afecciones y factores determinantes de la salud mental analizados en la ENSM 2022 para la niñez y adolescencia.

### Recuadro 3. Prevalencia de problemas de salud mental en la niñez y adolescencia

**Las primeras etapas de la vida son cruciales para el desarrollo la salud mental de una persona.** En estos periodos los factores determinantes de la salud mental son vitales para el desarrollo pleno de las capacidades y habilidades sociales y emocionales de los individuos. En consecuencia, el impacto ocasionado por los trastornos mentales a una edad temprana es más pronunciado, pues la persona carga con sus consecuencias durante más tiempo (OMS, 2023).

En El Salvador, la ENSM 2022 indagó sobre las dificultades funcionales (visual, auditiva, movilidad, cognitiva o comunicativa), capacidades y dificultades emocionales (problemas de conducta, problemas con compañeros, e hiperactividad), problemas y trastornos psicoemocionales (trastorno de estrés postraumático) en la niñez y adolescencia.

**La discapacidad o dificultad funcional es más frecuente en la adolescencia que en la niñez.** En el grupo etario de 3 a 7 años, se tiene una prevalencia del 3.3% y aumenta a 6.8% en la niñez de 8 a 12 años. Para este último grupo la prevalencia es mayor entre las niñas con 7.4%, mientras que en el de 3 a 7 años es de 2.5%, en comparación con el 4.2% de los niños de su mismo grupo etario. En la adolescencia de 13 a 17 años, la prevalencia de condiciones de discapacidad o dificultad funcional es de 7.9%, afectando en una mayor proporción al sexo femenino (9.4%), en comparación con el sexo masculino (6.3%) y población urbana (10.2%) en comparación con la rural (6.2%).

**Respecto de la valoración de las capacidades y dificultades emocionales, se identifica que la capacidad de manejo emocional mejora a medida que el niño o la niña crece:** el 59.1% de la niñez de 3 a 4 años presenta niveles normales de manejo emocional; el 22.6%, una prevalencia al límite; y 18.2%, se encuentra en escala anormal. En la población de 5 a 12 años, una mayor proporción se ubica en niveles normales (69.3%). En la adolescencia, el 84.5% tiene una prevalencia en escala normal, y la prevalencia anormal disminuye al 5.2%.



Las principales dificultades de manejo emocional en la niñez de 3 a 4 años son la hiperactividad y los problemas de conducta. El 56.1% de los niños y niñas de 3 a 4 años se ubican en el nivel anormal de la escala de hiperactividad y el 30.7% en la escala anormal de problemas de conducta. En el grupo de 5 a 12 años, la hiperactividad también es la principal dificultad emocional, seguido de los problemas con compañeros; el 42.0% y 20.4%, respectivamente de esta población, se ubica en niveles anormales de la escala. En la adolescencia (13 a 17 años) disminuye la proporción de personas en niveles anormales de la escala, y reporta como principal dificultad los problemas con compañeros (11.2% en escala anormal, 20.6% al límite y 68.2% normal).

En el grupo de adolescente de 13 a 17 años, la ENSM 2022 evaluó la presencia **de síntomas relacionados con la ansiedad**. Con esta medición, se identifica que el 27% de los jóvenes en este rango de edad presentan niveles normales de ansiedad, mientras que **el 54.8% se ubican en niveles anormales** y 18.2% al límite (MINSAL, 2022). Asimismo, se identifica que **el 29.5% de la población adolescente experimenta niveles elevados de depresión**.

**Los trastornos mentales representan el 15.3% de lo AVAD y 30.7% de los AVD en la población de 10 a 19 años;** en el caso de la juventud femenina estas cifras son del 20.1% y 30.4% respectivamente; y en el caso de los jóvenes son del 12.0% y 31.1% (IHME, 2022). Estos resultados evidencian la importancia de la salud mental a lo largo del ciclo de vida de las personas y un eje fundamental para garantizar una equidad y justicia social intergeneracional, en una sociedad que avanza hacia un envejecimiento poblacional.

### 3.2. Factores determinantes de la salud mental en la población adulta

Las diferencias en las prevalencias de trastornos de salud mental por edad, sexo y área geográfica están influenciadas por factores individuales, sociales y económicos que, en conjunto, socavan o protegen la salud mental de las personas. A continuación, se exploran de manera descriptiva los principales factores incluidos en la ENSM 2022.

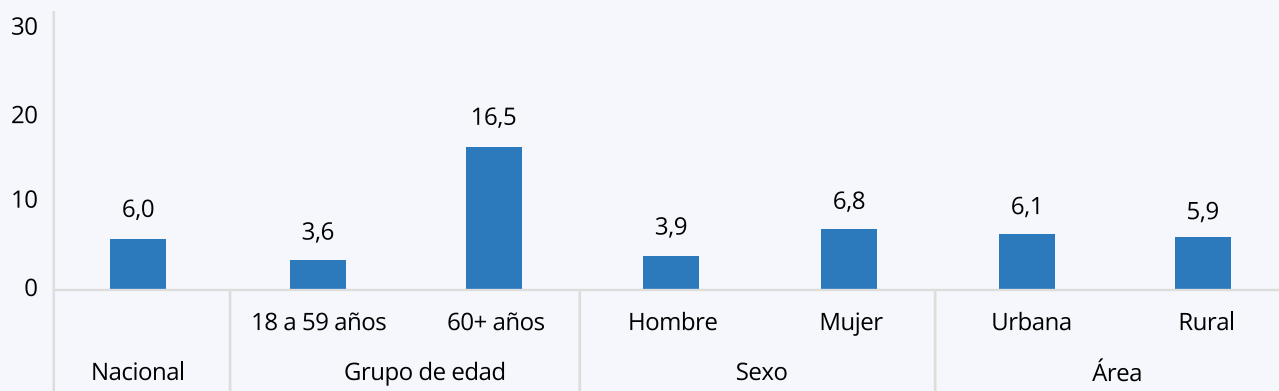
#### Factores de riesgo de la salud mental

**La discapacidad en términos de dificultades en movilidad, cognición, participación, cuidado personal, relaciones y actividades cotidianas es mayor en la PAM.** Esto es evidente debido al deterioro natural de las capacidades físicas

y mentales a medida que el cuerpo envejece. Según los resultados de la ENSM 2022, el 16.5% de la PAM presenta algún tipo de discapacidad leve, moderada o severa/extrema, mientras que en el caso de la población de 18 a 59 años

esta cifra es 4 veces menor (3.6%). También, se identifican diferencias<sup>9</sup> entre la prevalencia de mujeres (6.8%) y los hombres (3.9%), denotando una mayor prevalencia dentro de la población femenina (ver gráfico 3.7).

**Gráfico 3.7.** Personas con algún tipo de discapacidad (% de población adulta) - 2022



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

**De acuerdo con la ENSM 2022, dieciséis de cada cien personas adultas han experimentado algún tipo de discriminación, lo que puede afectar gravemente su salud mental.**

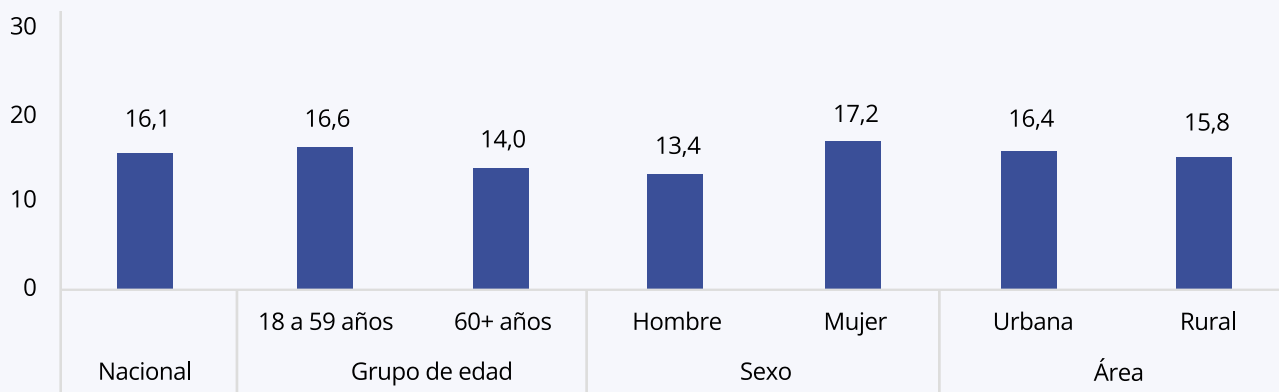
A partir de los datos se identifica que la PAM ha experimentado en menor proporción (14.0%) experiencias discriminatorias en comparación con los adultos de 18 a 59 años (16.6%). Por otro lado, las mujeres han sido víctimas de discriminación en una mayor proporción que

los hombres (ver gráfico 3.8). El tipo de discriminación experimentado por la población cambia conforme la edad. Mientras que la población de 18 a 59 años se ha enfrentado a situaciones de discriminación principalmente por su situación económica (36.4%), por ser mujer/hombre (31.1%) o por el lugar donde vive (27.8%), la PAM experimenta discriminación por su edad (36.9%), por su situación económica (34.1%) o por su religión (33.4%).

<sup>9</sup> Tanto las diferencias identificadas en los grupos de edad como por sexo son estadísticamente significativas al 99.0 % de confianza, mientras que las diferencias por área no cuentan con significancia estadística.



**Gráfico 3.8.** Población que ha experimentado algún tipo de discriminación en los últimos doce meses (%)



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

**El consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias con riesgo moderado/alto es mayor en la PAM.**

En El Salvador, el 41.3% de la población de 18 a 59 años ha consumido alcohol alguna vez en su vida y el 14.5% lo ha hecho en los últimos 3 meses. De este grupo poblacional, el 25.2% se encuentra en riesgo moderado o alto de abuso y consumo de alcohol. En el caso de la PAM, el 43.1% ha consumido alcohol alguna vez en su vida; de estos, el 7.8% lo ha hecho en los últimos 3 meses. El 26.3% de la PAM tiene una prevalencia de riesgo de consumo de alcohol moderada/alta.

**De igual manera, la prevalencia de consumo de tabaco es mayor en la PAM.**

El 30.2% de la PAM ha consumido tabaco alguna vez en la vida, mientras que la prevalencia en el grupo poblacional de 18 a 59 años es de 21.1%. De igual manera, el riesgo de consumo

moderado/alto de tabaco es superior en la PAM (94.1%) en comparación con los adultos de 18 a 59 años (59.6%).

**Factores de protección de la salud mental**

**La mayoría de las personas en edad adulta son resilientes (80%), sin embargo, las mujeres presentan niveles más bajos de resiliencia.**

Esto quiere decir que las mujeres tienen menos recursos de adaptación positivos ante las adversidades, posiblemente debido a que tradicionalmente están expuestas a entornos desiguales, violencia y vulnerabilidades socioeconómicas que socavan su autoestima y autopercepción.

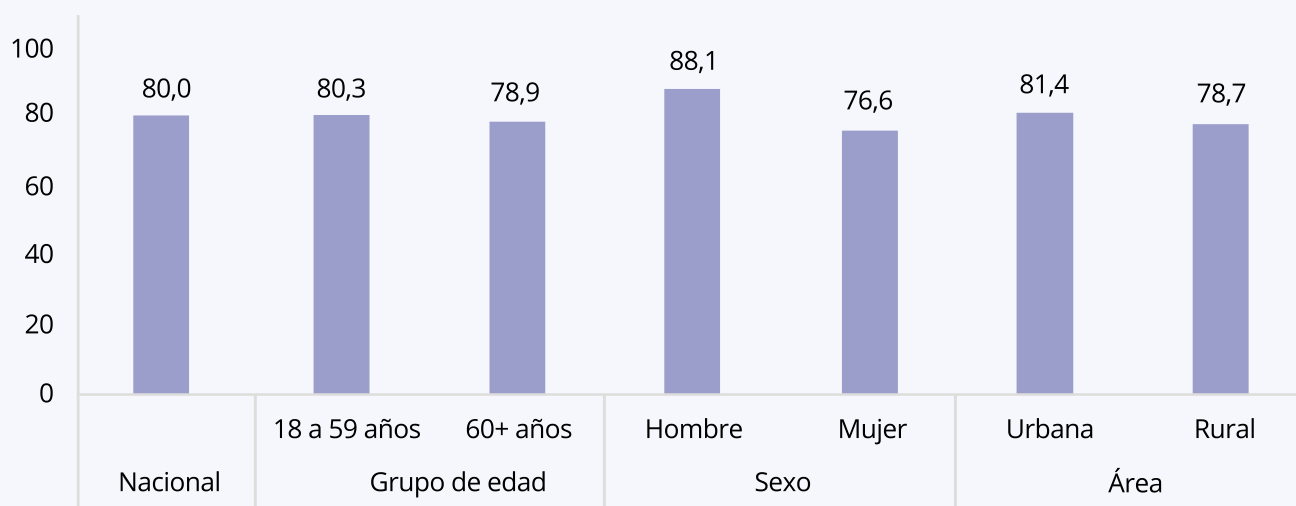
Por ejemplo, pueden recurrir a respuestas fundamentadas en la culpa o autorreproche ante situaciones que están fuera de su

control, pero que la sociedad considera de su responsabilidad, como el cuidado —sobre todo el psicológico y emocional— de sus familias<sup>10</sup>.

**Con el aumento de la edad, la capacidad de resiliencia también disminuye.** Sin un adecuado acompañamiento a la PAM en el deterioro progresivo de sus capacidades y funcionalidad, las personas pueden recurrir a pensamientos de angustia, autorreproche y culpa al ser conscientes de estas limitaciones. Una respuesta resiliente sería tomar en

cuenta estas limitaciones y transformarlas en algo que abone a su crecimiento personal; sin embargo, según los resultados, las mujeres encuentran más difícil responder de esta manera, posiblemente porque, además de la limitación que viene con la edad, se enfrentan a otras adversidades a las que no se enfrentan los hombres. Por ejemplo, el envejecimiento del cuerpo se percibe de manera más severa para las mujeres y sus limitaciones para hacer los trabajos de cuidado<sup>11</sup> se hacen más palpables.

**Gráfico 3.9.** Población con un nivel de resiliencia normal o alto (%)



Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

<sup>10</sup> Ver, por ejemplo, los casos documentados por Betty Friedan en su libro *La mística de la feminidad* de 1963.

<sup>11</sup> Los trabajos de cuidado se han asociado socialmente a las mujeres como un devenir natural y una parte definitoria de su identidad. A través del cuidado ellas demuestran su amor y su contribución a la sociedad (Federici, 2013). Esto quiere decir que se ha anclado el cuidado como parte de ser mujer, por lo que, si no pueden desempeñar estas tareas, afecta directamente su autoestima y autovaloración.

De acuerdo con la OMS (2023), la resiliencia tiene un rol clave en la protección del bienestar mental de la población. Esta se desarrolla mediante interacciones familiares positivas, educación de calidad, condiciones de trabajo decentes, vecindarios seguros y cohesión comunitaria (OMS, 2023).

Por ello, el acceso a empleos decentes es vital para mejorar los niveles de resiliencia y disminuir los niveles de estrés y depresión, especialmente en la edad adulta (OMS, 2023). Sin embargo, en El Salvador, el 67.5% de los empleos totales son informales<sup>12</sup>, lo cual implica que carecen de contratos estables, prestaciones laborales, protección social o representación de los trabajadores (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2022).

Además, de acuerdo con los datos de la ENSM 2022, solo el 56.1% de los adultos encuestados estaban trabajando de manera remunerada. Las mujeres estaban fuertemente representadas en actividades no remuneradas, como el trabajo doméstico. Es importante recalcar que los empleos informales se caracterizan por estar mal

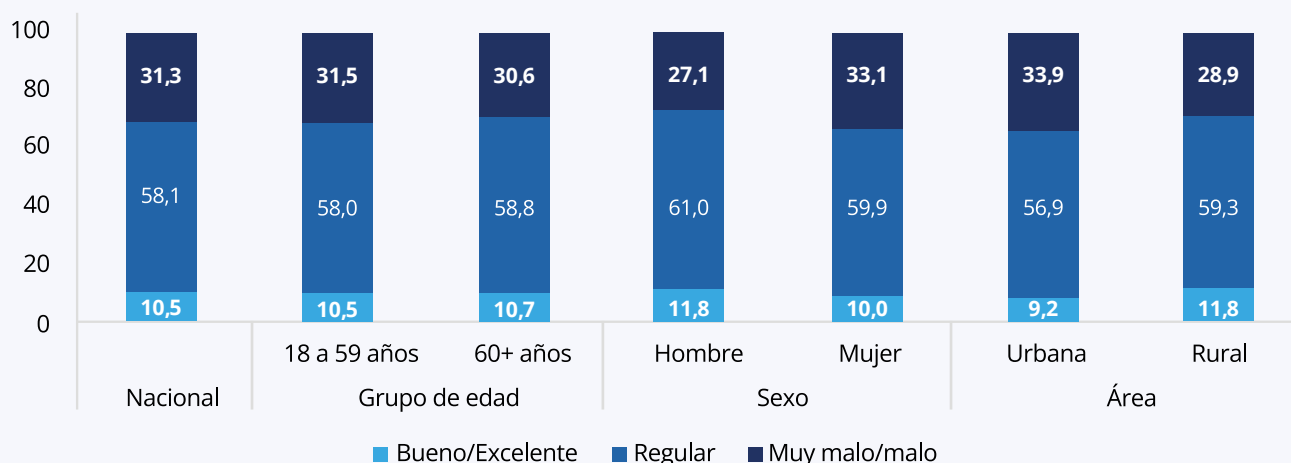
remunerados, por lo que existe una mayor incidencia de la pobreza.

**La población adulta percibe un bajo nivel de apoyo comunitario.** En promedio solo el 10.5% de las personas adultas considera que el nivel de apoyo comunitario es bueno o excelente. Esto indica que en general perciben una baja integración comunitaria y poco apoyo social por parte de las personas que les rodean. Por grupo etario, se observa que en la PAM existe una percepción de apoyo ligeramente más positiva. Sin embargo, siguen siendo niveles bajos. Esto puede deteriorar su salud mental, pues para los adultos mayores la conexión social es particularmente importante para atenuar los factores de riesgo como el aislamiento social y la soledad (OMS, 2023).

En el caso de las mujeres, también evidencian una baja percepción de apoyo comunitario, lo cual es paradójico debido a que son las mujeres las que se encargan de la mayoría del cuidado de sus hogares y comunidades. Esto puede reflejar la infravaloración del trabajo de cuidados como una contribución importante a la economía y la sociedad.

<sup>12</sup> De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2022), el empleo informal comprende a personas que en su empleo principal o secundario fueron (a) trabajadores por cuenta propia, empleadores y miembros de cooperativas de productores empleados en sus propias empresas del sector informal; b) trabajadores por cuenta propia dedicados a la producción de bienes exclusivamente para uso final propio de su hogar (por ejemplo, agricultura de subsistencia); (c) trabajadores familiares auxiliares, independientemente de si trabajan en empresas del sector formal o informal; o (d) empleados que ocupan empleos informales, ya sea empleados por empresas del sector formal, empresas del sector informal o como trabajadores domésticos remunerados de los hogares.



**Gráfico 3.10.** Nivel de apoyo comunitario percibido (% adultos)

Fuente: elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

### 3.3 Análisis de la probabilidad de padecer algún problema de salud mental

En las secciones previas se describe la prevalencia de problemas de salud en la adultez y la presencia de factores determinantes de la salud mental explorados en la ENSM 2022. A partir de estos resultados, se reconoce que las mujeres y la población rural presentan una mayor prevalencia de afecciones de salud mental. Además, una alta proporción de la PAM presenta depresión y ansiedad, cuando su ritmo de vida, responsabilidades y sus preocupaciones deberían de ir en disminución.

Mediante la especificación de un modelo de regresión logística se busca profundizar en los determinantes de la salud mental. Es importante destacar que los resultados

proporcionados por los modelos especificados no miden impactos y tampoco reflejan causalidad; es decir, el modelo únicamente contribuye a identificar la probabilidad asociada a ciertas características de padecer algún problema de salud mental. Sin embargo, no se puede asumir que la existencia (o no) de una o más de estas características en los adultos sea causa automática del padecimiento de problemas de salud mental.

Según los resultados, el modelo es robusto al presentar una prueba de  $\chi^2$  estadísticamente significativa. Además, cuenta con significancia estadística en todas las variables especificadas

(ver tabla 2), con excepción del área de residencia. Esta variable resume desigualdades no solo a nivel territorial, sino a nivel de ingresos y acceso a recursos y servicios. En consecuencia, ante la presencia de la variable de ingresos suficientes en el hogar, el área de residencia pierde significancia para explicar la presencia de los trastornos mentales.

De acuerdo con los resultados la PAM tiene una menor probabilidad de padecer una afección de salud mental que los adultos, pero al analizar las probabilidades marginales, se encuentra que estas son muy similares (31.6% y 28.9%). El hecho que la PAM presente probabilidades promedio cercanas de padecer una afección de salud mental que los adultos indica que la PAM no está gozando de una etapa de vida más tranquila al envejecer.

Al analizar las diferencias entre hombres y mujeres, se encontró que las mujeres tienen 2.1 veces más probabilidades de padecer algún problema de salud mental que los hombres. Además, solo por ser mujer tiene un 34.7% de probabilidad de sufrir un problema de salud mental. En el caso de un hombre, la probabilidad es del 21.9%.

La resiliencia es uno de los factores determinantes de la salud mental que favorece el afrontamiento positivo de las situaciones adversas, protegiendo la salud mental y el desarrollo de las personas. Si una persona tiene un nivel de resiliencia alto, la probabilidad de padecer una afección de salud mental disminuye en un 68.9% respecto a quienes tienen un nivel de resiliencia bajo. Una persona con un

bajo nivel de resiliencia tiene una probabilidad promedio del 50.1% de desarrollar problemas de salud mental, mientras que quienes gozan de niveles normales o altos presentan una probabilidad marginal de 25.8% (se reduce en 25 puntos porcentuales).

Los resultados también sugieren que el apoyo social percibido por las personas está asociado con una reducción de la probabilidad de experimentar problemas de salud mental. Las personas que perciben un nivel de apoyo social bueno o excelente tienen 37.8% menos probabilidades de padecer algún problema de salud mental, en comparación con aquellos que perciben niveles más bajos de apoyo social.

Es importante notar que en el modelo se incluye una interacción de la resiliencia con el apoyo social, esto con la finalidad de capturar el efecto dinámico de ambas variables, dado que el apoyo social es un importante factor que refuerza la resiliencia (OMS, 2023). En ese sentido, el efecto del apoyo social sobre la salud mental se transmite a través de la resiliencia desarrollada por la población, lo que significa que las personas que perciben mayor apoyo social tienen mayores mecanismos de afrontamiento que incrementan su resiliencia, lo que a su vez reduce la probabilidad de sufrir problemas de salud mental.

A partir de los resultados, el coeficiente indica que existe una relación positiva entre ambas variables, es decir que, a medida que aumenta el nivel de apoyo social, también incrementa el efecto de la resiliencia sobre la probabilidad de experimentar problemas de salud mental.

Por otro lado, las personas con algún nivel de discapacidad o discriminación presentan una mayor probabilidad promedio de padecer trastornos de salud mental (57.6% y 45.2%, respectivamente). En efecto, una persona con algún nivel de discapacidad tiene 3.9 veces más probabilidad de tener una afección de salud mental que alguien sin discapacidad. De forma similar, una persona que ha sufrido algún tipo de discriminación tiene 2.3 veces más probabilidad de presentar un trastorno mental que alguien que no ha tenido experiencias discriminatorias. Esto es importante porque estas desigualdades sociales afectan principalmente a mujeres y a la PAM, quienes de manera simultánea experimentan otras vulnerabilidades sociales (tal como se ha detallado en las secciones previas).

Sin otros factores en consideración, las personas que consumen alcohol o tabaco tienen una mayor probabilidad promedio de padecer problemas de salud mental, lo que corrobora lo expuesto en apartados anteriores. Una persona que consume alcohol tiene una probabilidad promedio del 33.7% de padecer un problema de salud mental, mientras que esta cifra es del 35.4% en el caso de una persona que consume tabaco.

De acuerdo con la OMS (2023), el empleo tiene un efecto positivo en la salud mental, mientras que el desempleo es un factor de riesgo que socava la salud de la sociedad. A partir de los resultados del modelo, se comprueba que la probabilidad de sufrir afecciones de salud mental es mayor en la población que no cuenta con un empleo remunerado (32.2%), en comparación con quien sí está trabajando de manera remunerada (29.6%). De hecho, tener un empleo reduce en un 13.1% la probabilidad de padecer una afección de salud mental respecto a quienes no trabajan.

Por último, las personas con ingresos insuficientes para cubrir necesidades dentro del hogar experimentan una mayor probabilidad promedio de sufrir trastornos mentales. La probabilidad de padecer un trastorno mental se reduce en un 27.1% para las personas con ingresos suficientes en el hogar, en comparación con alguien con ingresos insuficientes. Esto evidencia el deterioro psicológico que ocasionan las presiones económicas y los efectos de la pobreza en las personas y su importancia para el desarrollo de la población y garantizar mayores niveles de bienestar.




**Tabla 2.** Probabilidades de padecer algún problema de salud mental (Modelo de regresión logística)

Variables	Coficiente	Error estándar	ODDs Ratio	Probabilidad marginal
<b>Grupo de edad</b>				
Adultos de 18 a 59 años (categoría base)	-0.147**	(0.0672)	0.863	31.6%
Adultos de 60 años o más				28.9%
<b>Sexo</b>				
Hombre (categoría base)	0.736***	(0.0781)	2.088	21.9%
Mujer				34.7%
<b>Área de residencia</b>				
Urbana (categoría base)	-0.0432	(0.0569)	0.958	31.3%
Rural				30.5%
<b>Nivel de resiliencia</b>				
Bajo (categoría base)	-1.168***	(0.0676)	0.311	50.1%
Alto				25.8%
<b>Nivel de apoyo social percibido</b>				
Malo o regular (categoría base)	-0.475**	(0.201)	0.622	31.8%
Bueno o excelente				23.7%
<b>Resiliencia X Apoyo Social (Interacción)</b>	0.448**	(0.226)	1.565	-
<b>Discapacidad</b>				
Sin discapacidad (categoría base)	1.360***	(0.111)	3.896	28.9%
Con algún nivel de discapacidad				57.6%
<b>Discriminación en los últimos doce meses</b>				
Sin experiencias discriminatorias (categoría base)	0.843***	(0.0728)	2.324	28.2%
Ha sufrido algún tipo de discriminación				45.2%
<b>Consumo de alcohol en la vida</b>				
Sin consumo (categoría base)	0.255***	(0.0674)	1.290	29.0%
Con consumo				33.7%
<b>Consumo de tabaco en la vida</b>				
Sin consumo (categoría base)	0.311***	(0.0830)	1.365	29.6%
Con consumo				35.4%
<b>Trabajo remunerado</b>				
No está trabajando (categoría base)	-0.140**	(0.0611)	0.869	32.2%
Sí, está trabajando				29.6%
<b>Nivel de ingresos percibido por el grupo familiar</b>				
Insuficiente (categoría base)	-0.315***	(0.0571)	0.730	34.3%
Suficiente				28.5%
<b>Constante</b>	-0.545***	(0.120)	0.580	-
<b>Número de observaciones</b>	<b>7,186</b>			

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

Nota: \*\*\* p&lt;0.01, \*\* p&lt;0.05, \* p&lt;0.1



Para conocer las probabilidades asociadas a cada uno de los trastornos de salud mental identificados en esta investigación, se realizaron modelos *logit* individuales, donde la variable dependiente toma el valor de 1 si la persona presenta un trastorno depresivo, de ansiedad, de estrés postraumático (TEPT) o riesgo suicida, y 0 en el caso contrario.

En el caso del TEPT, las variables de apoyo social percibido, consumo de alcohol o tabaco en algún momento de la vida, empleo y el nivel de ingresos pierden significancia estadística, es decir, pierden importancia para explicar la prevalencia de este trastorno, pues este se desarrolla a partir de un evento traumático, que puede resultar de otros factores externos (ver anexo 3). Sin otros factores tomados en cuenta, la probabilidad promedio de padecer de TEPT es más alta para las mujeres (6.5%) en comparación con los hombres (3.6%), y para aquellas personas que han sufrido discriminación en los últimos doce meses (9.5%), tienen algún tipo de discapacidad (13.4%) o un bajo nivel de resiliencia (9.3%).

Sobre los trastornos depresivos, la edad no es estadísticamente significativa, es decir que la probabilidad de padecer esta afección es similar en ambos grupos etarios. Como se explicó anteriormente, la PAM debería de estar en un momento de su ciclo de vida donde sus preocupaciones, angustias y responsabilidades disminuyen. El hecho que la depresión es igualmente incidente entre adultos y la PAM es indicativo de que hay que prestar atención a la salud mental de la PAM.

Un hallazgo por resaltar es que las personas con algún nivel de discapacidad tienen una probabilidad promedio del 50.9% de padecer de depresión, la probabilidad más alta del modelo. También se corroboró que existe una mayor proporción de PAM con discapacidad. Esto evidencia la urgente necesidad de facilitar la inclusión de las personas con discapacidad en materia de infraestructura, servicios de salud (incluyendo salud mental) y servicios de cuidado.

Otro hallazgo relevante es que las mujeres tienen dos veces más probabilidad de padecer de depresión que los hombres. Solo por ser mujer, la probabilidad promedio de tener depresión es del 25.9%, mientras que en el caso de los hombres esta probabilidad es del 16.8%. La misma tendencia se observa en el caso del trastorno de ansiedad: la probabilidad promedio de padecer de ansiedad es de 22.4% para las mujeres y del 12.5% para los hombres. En estas afecciones, el consumo de tabaco y de alcohol son, en efecto, factores de riesgo significativos para padecerlas.

El nivel de resiliencia también es crucial para disminuir las probabilidades de padecer de depresión y ansiedad. Una persona con un nivel de resiliencia bajo, manteniendo lo demás constante, tiene una probabilidad promedio del 39.0% de tener depresión, mientras que una persona con un nivel de resiliencia alto tiene una probabilidad del 18.8%; es decir, se reduce a la mitad. En el caso de la ansiedad, las probabilidades marginales son del 34.8% y 15.1%, respectivamente.



La probabilidad promedio de que las personas desarrollen conductas autolesivas o riesgo suicida es mayor en el caso de las mujeres (8.7%) y en los adultos de 18 a 59 años (7.8%). Los principales factores de riesgo son la discriminación y discapacidad, ya que la probabilidad estimada es de 13.7%

y 11.5% respectivamente. La resiliencia y el apoyo social, por otro lado, se evidencian como factores de protección de la salud mental, ya que quienes tienen un nivel alto tienen menos probabilidad de riesgo suicida en comparación con quienes presentan niveles bajos.

**Tabla 3.** Probabilidad marginal de padecer algún problema de salud mental

Variables	Trastorno de estrés postraumático	Trastorno depresivo	Trastorno de ansiedad	Riesgo suicida
<b>Grupo de edad</b>				
Adultos de 18 a 59 años (categoría base)	7.2%	23.5%	20.9%	7.8%
Adultos de 60 años o más	3.0%	22.5%	15.9%	5.6%
<b>Sexo</b>				
Hombre (categoría base)	3.6%	16.8 %	12.5%	4.1%
Mujer	6.5%	25.9%	22.4%	8.7%
<b>Área de residencia</b>				
Urbana (categoría base)	5.8%	24.0%	19.4%	6.6%
Rural	5.9%	22.6%	19.5%	7.7%
<b>Nivel de resiliencia</b>				
Bajo (categoría base)	9.3%	39.0%	34.8%	12.3%
Alto	3.9%	18.8%	15.1%	5.6%
<b>Nivel de apoyo social percibido</b>				
Malo o regular (categoría base)	6.0%	23.9%	20.3%	7.7%
Bueno o excelente	4.5%	18.1%	13.4%	3.7%
<b>Discapacidad</b>				
Sin discapacidad (categoría base)	4.9%	21.0%	17.8%	6.8%
Con algún nivel de discapacidad	13.4%	50.9%	39.3%	11.5%
<b>Discriminación en los últimos doce meses</b>				
Sin experiencias discriminatorias (categoría base)	4.3%	20.9%	17.3%	5.6%
Ha sufrido algún tipo de discriminación	9.5%	34.5%	30.1%	13.7%
<b>Consumo de alcohol en la vida</b>				
Sin consumo (categoría base)	5.4%	22.0%	18.7%	6.0%
Con consumo	6.6%	25.1%	20.7%	9.1%

Variables	Trastorno de estrés postraumático	Trastorno depresivo	Trastorno de ansiedad	Riesgo suicida
<b>Consumo de tabaco en la vida</b>				
Sin consumo (categoría base)	6.1%	22.3%	18.4%	6.7%
Con consumo	5.2%	26.7%	24.1%	9.1%
<b>Trabajo remunerado</b>				
No está trabajando (categoría base)	5.3%	24.5%	19.4%	7.0%
Sí, está trabajando	6.5%	22.0%	19.5%	7.4%
<b>Nivel de ingresos percibido por el grupo familiar</b>				
Insuficiente (categoría base)	6.5%	26.5 %	21.2%	8.2%
Suficiente	5.3%	20.9 %	18.2%	6.4%
<b>Número de observaciones</b>	<b>2,669</b>	<b>7,070</b>	<b>7,186</b>	<b>7,186</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

## 4. Conclusiones

**La población salvadoreña avanza de manera acelerada hacia una estructura demográfica envejecida, lo cual implica una mayor demanda de servicios de atención y cuidados.** Sin embargo, actualmente los recursos institucionales para cuidar la salud física y mental de la población son insuficientes para garantizar un envejecimiento digno.

Principalmente, se evidencia la baja cobertura en materia de protección social. En promedio, solo una de cada diez personas adultas mayores tiene acceso a una pensión y solo una de cada cuatro tiene cobertura de seguro médico. Estas brechas de accesibilidad resultan en una mayor permanencia de la PAM en el mercado laboral (para el 2022, el 10.7% de la población

ocupada estaba representada por personas de 60 años o más) y una mayor presión de los hogares, ya que el 42.4% de la PAM depende de recursos provenientes de ayudas familiares. Estas condiciones alimentan los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecimiento de problemas de salud mental.

**De acuerdo con los resultados, se evidencia que tres de cada diez personas adultas padecen algún problema de salud mental en El Salvador.** Para la PAM, el problema de salud mental de mayor prevalencia es el trastorno depresivo, el cual afecta a una de cada cuatro personas adultas mayores, lo cual puede ser causado y a su vez reforzado por experiencias de duelo, diagnóstico de enfermedades

crónicas, pérdida de sus capacidades físicas y de movilidad, aislamiento social, falta de apoyo comunitario, niveles bajos de resiliencia, entre otras. A esto se le añade como factor la permanencia de la PAM en el mercado laboral y como persona dependiente de su núcleo familiar ante la ausencia de una pensión digna y acceso a servicios de salud física y mental, que ineludiblemente socava su salud mental.

**Las mujeres tienen una mayor prevalencia en cada uno de los problemas de salud mental evaluados por la ENSM 2022.**

A nivel nacional, el 35.0% de las mujeres padece alguna afección de salud mental, una prevalencia 14.2 puntos porcentuales superior a la de los hombres. En cada una de las cuatro afecciones, la prevalencia para las mujeres es de casi el doble, principalmente en trastornos depresivos y de ansiedad, los trastornos de mayor incidencia en el país. Estos resultados podrían estar asociados con la mayor carga de trabajo de cuidados y la infravaloración de esta responsabilidad en la sociedad, y con una presencia de factores de riesgo para la salud mental de las mujeres como la discapacidad y la discriminación. Al mismo tiempo, presentan menores prevalencias en factores de protección de la salud mental como la resiliencia y el apoyo comunitario.

**La atención a la salud mental en etapas tempranas es clave**, especialmente a los grupos vulnerables como la PAM, mujeres y residentes de áreas rurales, incluso cuando sus niveles sean leves. El tratamiento de los problemas de salud mental en sus etapas iniciales disminuye la probabilidad de que estas afecciones se agraven.

**El Salvador tiene actualmente la oportunidad de prepararse para brindar a las generaciones mayores y futuras una mejor calidad de vida**, aprovechando que aún está a tiempo de anticiparse al cambio demográfico que se experimentará a partir de los años 2045-2050 (cuando la PAM supere a las generaciones menores de 15 años). Para ello, es fundamental que se proteja tanto la salud física como la salud mental de la población. La salud mental permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar su potencial, aprender y trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad. Por lo tanto, la salud mental, como un derecho fundamental y un pilar del desarrollo humano, debe ser foco de las políticas públicas que aborden las desigualdades sociales con igual importancia que otros pilares como la erradicación de la pobreza y la desigualdad, y la igualdad de género en todo el ciclo de la vida.





## 5. Recomendaciones

**Fortalecimiento de los servicios de cuidado.** Es necesario que el país transite hacia una corresponsabilidad social de los cuidados, en los que el Estado, mercados, hogares y comunidades asuman como una responsabilidad colectiva la sostenibilidad de la vida. Esto incluye el aceleramiento del cumplimiento de los objetivos planteados en la Política Nacional de Corresponsabilidad de Cuidados. Esto contribuirá a una mejora en la salud mental de las mujeres, la PAM y la sociedad en su conjunto.

**Fortalecimiento de los servicios de salud mental.** Incorporar y reforzar servicios de salud mental dentro de los centros de atención primaria como hospitales y unidades de salud, especialmente en las unidades de salud comunitarias rurales. De acuerdo con los resultados, la zona rural experimenta

prevalencias de problemas de salud relativamente superiores a las de la zona urbana y, al mismo tiempo, niveles más altos de pobreza. Por lo tanto, es necesario facilitar el acceso a servicios de salud mental en las áreas más alejadas de las urbes.

**Uso de la tecnología para soluciones innovadoras en materia de salud mental.**

Las soluciones digitales tienen el potencial de beneficiar a grupos vulnerables y dar acceso a servicios a personas de difícil alcance, como personas con discapacidades o los habitantes de distritos en los que no hay centros de salud cercanos. También, tiene el potencial de beneficiar a aquellas personas que se enfrentan a barreras sociales como el estigma asociado a los trastornos mentales, por medio de mecanismos que garanticen su anonimato o espacios de mayor seguridad y

confianza. Por ello, se recomienda ampliar y fortalecer los mecanismos existentes de asistencia digital y telemedicina, como Dr. ISSS (aplicación, web y número telefónico 127) para cotizantes del ISSS; y a través del número telefónico 131, para toda la población. Además, es importante implementar mecanismos para acercar estos servicios a personas sin acceso a internet, como unidades médicas móviles equipadas para atender problemas de salud mental, en adición a los servicios que usualmente ofrecen, en lugares accesibles como parques, centros escolares, casas comunales y de cultura, entre otras.

**Fortalecimiento de la investigación en salud mental.** Es importante continuar los esfuerzos para monitorear el estado de la salud mental en la población. Para ello, se sugiere realizar la Encuesta de Salud Mental por lo menos cada dos años y ampliar paulatinamente su alcance y los trastornos mentales examinados. Esto debe ser acompañado por un esfuerzo institucional para poner esta y otra información estadística disponible para el público, academia y organizaciones de la sociedad civil, para fomentar la producción de conocimiento desde distintos actores y, por tanto, proponer soluciones efectivas.

**Transversalidad del enfoque de género en la respuesta hacia la salud mental.** Tal como se identificó en los resultados de la investigación, las mujeres experimentan mayores prevalencias de problemas de salud mental, por lo que es importante generar estrategias focalizadas en sus necesidades específicas.

Esto incluye indagar sobre la carga emocional que se impone ante la carga de cuidados y las diferentes expresiones que esta tiene en la salud mental de las mujeres. Asimismo, se recomienda focalizar esfuerzos desde las instituciones gubernamentales, organismos multilaterales y organizaciones de la sociedad civil, para proporcionar herramientas para que las mujeres desarrollen respuestas positivas y resilientes ante las adversidades y las desigualdades a las que se enfrentan cada día.

**Atención especializada a la PAM.** Un reto para atender a la PAM radica en su bajo uso de tecnologías y en las dificultades para acceder a centros de salud. Por lo que se reconoce la importancia de promover redes comunitarias de apoyo que estén capacitadas para brindar la asistencia necesaria ante problemas de salud. Por ejemplo, en los lugares con mayor vulnerabilidad socioeconómica, se puede replicar la implementación de promotores de salud, quienes visitan las casas de las personas (anteriormente para aplicar dosis de vacunas contra la influenza, abatizar, entre otros), para que también puedan realizar visitas de control para evaluar el estado de la salud mental de la población, especialmente la PAM. Asimismo, tal como se identifica en la investigación es necesario favorecer la cohesión intergeneracional en las comunidades. Para ello, se proponen espacios públicos de interacción por medio de voluntariados en los que participen personas de todas las edades desarrollando actividades de esparcimiento, talleres culturales y de emprendimiento para la PAM.



## 6. Referencias

- Ley de Salud Mental, Decreto Legislativo N.º 716. *Diario Oficial*, N.º 416, Tomo N.º 132 (2017) [https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117\\_073751148\\_archivo\\_documento\\_legislativo.pdf](https://www.asamblea.gob.sv/sites/default/files/documents/decretos/171117_073751148_archivo_documento_legislativo.pdf)
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, (5ta ed.). Washington, DC: Asociación Americana de Psiquiatría. [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20\\_%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf)
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Baza, M., Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*. 34(1). 61-67. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301813#sec0020>
- Baldeón-Martínez, Paola, Luna-Muñoz, Consuelo, Mendoza-Cernaqué, Sandra, & Correa-López, Lucy E. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(4), 47-52. <https://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339>
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2020). *La economía plateada en América Latina y el Caribe: El envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión*. <https://publications.iadb.org/es/la-economia-plateada-en-america-latina-y-el-caribe-el-envejecimiento-como-oportunidad-para-la>
- Barrón López De Roda, A., Sánchez Moreno, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7841>

- Cobanyes, J. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 3(4), 145-151. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.09.003>
- 
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020). *Las discapacidades y la salud*. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/relatedconditions.html>
- 
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2023). Observatorio de Igualdad de Género América Latina y el Caribe. *Tiempo total de trabajo*. <https://oig.cepal.org/es/indicadores/tiempo-total-trabajo>
- 
- Durón-Figueroa, Raúl, Cárdenas-López, Georgina, Castro-Calvo, Jesús, & Rosa-Gómez, Anabel De la. (2019). Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana. *Acta de investigación psicológica*, 9(1), 26-36. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.1.03>
- 
- Espinosa, M., Orozco, Luz., Ybarra, J. (2015). Síntomas de ansiedad, depresión y factores psicosociales en hombres que solicitan atención de salud en el primer nivel. *Salud mental*, 38(3), 201-208. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.028>
- 
- Federici, S. (2013). Revolución en punto cero. *Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Traficantes de sueños.
- 
- Fine and Glendinning. (2005). Dependence, independence or inter-dependence? Revisiting the concepts of 'care' and 'dependency.' *Ageing and Society*. 2005;25(4):601-621. [doi:10.1017/S0144686X05003600](https://eprints.whiterose.ac.uk/1653/1/dependency.pdf). <https://eprints.whiterose.ac.uk/1653/1/dependency.pdf>
- 
- Fondo de Población de las Naciones Unidas El Salvador (UNFPA). (2023). *Transformar el futuro conociendo el presente. Situación de la población adulta mayor en El Salvador, 2023*. <https://elsalvador.unfpa.org/es/publications/transformar-el-futuro-conociendo-el-presente-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-en>
- 
- Gobierno de El Salvador. (2022). *Política Nacional de Corresponsabilidad de los Cuidados (2022-2030)*.
- 
- Gracia, Enrique, & Herrero, Juan. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-342. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342006000200007&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000200007&lng=en&tlng=es)
- 
- Hosmer, D., Lemeshow, S., Sturdivant, R. (2013). *Applied Logistic Regression (3rd ed.)*. Wiley.

- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2024). *Global Burden of Disease (GBD) Results Tools*. Global Health Data Exchange. University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- 
- Instituto Nacional de Salud. (2023). *Informe Final de la Primera Encuesta Nacional de Salud Mental El Salvador 2022*. Instituto Nacional de Salud. El Salvador. <https://fosalud.gob.sv/download/primer-encuesta-nacional-de-salud-mental/>
- 
- Menard, S. (2002). *Applied logistic regression analysis*. SAGE Publications, Inc., <https://doi.org/10.4135/9781412983433>
- 
- McGorry, P. D., Purcell, R., Goldstone, S., & Amminger, G. P. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: implications for preventive intervention strategies and models of care. *Current opinion in psychiatry*, 24(4), 301–306. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283477a09>
- 
- Ministerio de Salud de El Salvador. (2018). *Política nacional de salud mental*. <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/275861/download#:~:text=%2D%20La%20presente%20ley%20tiene%20como,un%20enfoque%20de%20derechos%20humanos>
- 
- Murray, C., Ezzati, M., Flaxman, A., Lim, S., Lozano, R., Michaud, C., Naghavi, M., Salomon, J., Shibuya, K., Vos, T., Wikler, D., Lopez, A. (2012). *GBD 2010: design, definitions, and metrics*. 380(9859), 2063-2066. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61899-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61899-6)
- 
- Naciones Unidas (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd>
- 
- Naciones Unidas. (2019). *Metodología del indicador 16.b.1. Proporción de la población que declara haberse sentido personalmente discriminada o acosada en los últimos 12 meses por motivos de discriminación prohibidos por el derecho internacional de los derechos humanos*. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/HRIndicators/SDG\\_Indicator\\_16b1\\_10\\_3\\_1\\_Metadata\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/HRIndicators/SDG_Indicator_16b1_10_3_1_Metadata_SP.pdf)
- 
- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. (2023). *World Social Report 2023: Leaving no one behind in an ageing world*. <https://social.desa.un.org/sites/default/files/publications/2023-02/WorldSocialReport2023.pdf>
- 
- Naciones Unidas. (2024). *Desafíos Globales. Envejecimiento*. [Internet]. <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>

Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2024). *World Population Prospects: The 2024 Revision*. [Internet]. <https://population.un.org/wpp/>

Oficina Nacional de Estadísticas. (2017). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo*. [https://onec.bcr.gob.sv/observatorio.genero/uso\\_tiempo/index.aspx](https://onec.bcr.gob.sv/observatorio.genero/uso_tiempo/index.aspx)

Oficina Nacional de Estadísticas. (2021). *Proyecciones y Estimaciones de Población Nacional y Departamental*. <https://onec.bcr.gob.sv/servicios/proyecciones-y-estimaciones-de-poblacion-nacional-y-departamental/>

Oficina Nacional de Estadísticas. (2022). *Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM)*. <https://onec.bcr.gob.sv/encuesta-de-hogares-de-propositos-multiples-ehpm/>

Organización Internacional del Trabajo. (2022). *Estadísticas sobre la economía informal*. [Internet]. <https://ilostat.ilo.org/topics/informality/>

Organización Mundial de la Salud. (2022a). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es>

Organización Mundial de la Salud. (2022b). *Mental Health Atlas 2020 Country Profile: El Salvador*. <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-slv-2020-country-profile>

Organización Mundial de la Salud. (2022c). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2022d). *Envejecimiento y salud*. [Internet] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2024a). *Disability-adjusted life years (DALYs)*. <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158>

Organización Mundial de la Salud. (2024b). *Health data overview for the Republic of El Salvador*. [Internet]. <https://data.who.int/countries/222>

Organización Panamericana de la Salud. (2020a). *Directrices de la OMS para el manejo de los problemas de salud física en adultos con trastornos mentales graves*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52633>

Organización Panamericana de la Salud. (2020b). *Portal de Datos sobre Enfermedades No Transmisibles, Salud Mental, y Causas Externas*. <https://www.paho.org/es/enlace/causas-principales-mortalidad-discapacidad>

- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *A New Agenda for Mental Health in the Americas: Report of the Pan American Health Organization High-Level Commission on Mental Health and COVID-19*. <https://www.paho.org/en/documents/new-agenda-mental-health-americas-report-pan-american-health-organization-high-level>
- Peñaranda, A., García, L., Rodríguez, E., Losada, A., Porras, N., Gómez, M. (2009). Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Atención primaria*, 41(11), 621-628. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.03.005>
- Portal de Transparencia. (2024). *Oferta de servicios del Fondo Solidario para la Salud II trimestre 2024*. [https://www.transparencia.gob.sv/institutions/fosalud/services?utf8=%E2%9C%93&services\\_fields=salud+mental&button=&services\\_institution\\_dependency\\_id=&services\\_category\\_id=#services-area](https://www.transparencia.gob.sv/institutions/fosalud/services?utf8=%E2%9C%93&services_fields=salud+mental&button=&services_institution_dependency_id=&services_category_id=#services-area)
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M., Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*. 370 (9590), 859-877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2023). *Los cuidados en la agenda de América Latina y el Caribe*. <https://www.undp.org/es/latin-america/blog/los-cuidados-en-la-agenda-de-america-latina-y-el-caribe>
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). <https://cdn.unrisd.org/assets/library/papers/pdf-files/razavi-paper.pdf>
- Schaakxs, R., Comijs, H. C., van der Mast, R. C., Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2017). Risk Factors for Depression: Differential Across Age? *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 25(9), 966-977. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.04.004>
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *The American journal of nursing*, 108(9 Suppl), 23-27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>



## 7. Anexos

### Anexo 1. Descripción de la muestra y tasa de respuesta por grupo poblacional

	Muestreados	Entrevistados	Tasa de respuesta
Hogares	8,254	6,841	82.9%
Niños 3-7 años	1,879	1,515	80.6%
Niños 8-12 años	1,941	1,600	82.4%
Jóvenes 13-17 años	1,919	1,209	63.0%
<b>Adultos 18-59 años</b>	<b>7,169</b>	<b>5,278</b>	<b>73.6%</b>
<b>Adultos 60 años o más</b>	<b>3,101</b>	<b>1,971</b>	<b>63.6%</b>

Fuente: MINSAL (2022).

### Anexo 2. Escalas utilizadas en la ENSM 2022

Escala	Indaga
<b>Grupo poblacional: Niñez y adolescencia</b>	
SDQ	Síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y déficit de atención, problemas con compañeros y comportamiento social.
CATS-C	Trastorno de estrés postraumático.
<b>Grupo poblacional: Adolescentes</b>	
RCADS-47	Fobia Social, desorden del Pánico, depresión mayor, ansiedad por separación, ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo.
AUDIT	Consumo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol.
ERA-RSI	Síntomas de adicción y uso habitual de redes.
GASA	Adicción a videojuegos.
ERS	Riesgo suicida.
<b>Grupo poblacional: Adultos</b>	
Cuestionario Pfeiffer	Deterioro neurocognitivo.
PCL-5	Trastorno estrés postraumático.
Escala de apoyo comunitario percibido	Integración y participación en la comunidad y organizaciones comunitarias.
Escala de discriminación	Discriminación percibida.
WHODAS 2.0	Limitaciones cognitivas, de movilidad, de cuidado personal, en relaciones, en actividades cotidianas y de participación.
ASSIST	Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas.
PHQ-9	Depresión
GAD-7	Ansiedad generalizada.
C-SSRS	Riesgo Suicida.

Fuente: Instituto Nacional de Salud (2023)

**Anexo 3.** Modelo de regresión lineal para trastorno de estrés postraumático

Variabes	Coficiente	Error estándar	ODDs Ratio	Probabilidad marginal
<b>Grupo de edad</b>				
Adultos de 18 a 59 años (categoría base)	-0.966***	(0.248)	0.380	7.2%
Adultos de 60 años o más				3.0%
<b>Sexo</b>				
Hombre (categoría base)	0.655**	(0.276)	1.926	3.6%
Mujer				6.5%
<b>Área de residencia</b>				
Urbana (categoría base)	0.0195	(0.177)	1.020	5.8%
Rural				5.9%
<b>Nivel de resiliencia</b>				
Bajo (categoría base)	-0.959***	(0.183)	0.383	9.3%
Alto				3.9%
<b>Nivel de apoyo social percibido</b>				
Malo o regular (categoría base)	-0.337	(0.494)	0.714	6.0%
Bueno o excelente				4.5%
<b>Resiliencia X Apoyo Social (Interacción)</b>	0.215	(0.662)	-	-
<b>Discapacidad</b>				
Sin discapacidad (categoría base)	1.183***	(0.222)	3.263	4.9%
Con algún nivel de discapacidad				13.4%
<b>Discriminación en los últimos doce meses</b>				
Sin experiencias discriminatorias (categoría base)	0.882***	(0.177)	2.416	4.3%
Ha sufrido algún tipo de discriminación				9.5%
<b>Consumo de alcohol en la vida</b>				
Sin consumo (categoría base)	0.237	(0.195)	1.267	5.4%
Con consumo				6.6%
<b>Consumo de tabaco en la vida</b>				
Sin consumo (categoría base)	-0.177	(0.254)	0.838	6.1%
Con consumo				5.2%
<b>Trabajo remunerado</b>				
No está trabajando (categoría base)	0.224	(0.183)	1.251	5.3%
Sí, está trabajando				6.5%
<b>Nivel de ingresos percibido por el grupo familiar</b>				
Insuficiente (categoría base)	-0.236	(0.176)	0.790	6.5%
Suficiente				5.3%
<b>Constante</b>	-3.125***	(0.379)	0.044	
<b>Número de observaciones</b>	<b>2,669</b>			

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

Nota: \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

### Anexo 4. Modelo de regresión lineal para trastorno depresivo

Variabes	Coficiente	Error estándar	ODDs Ratio	Probabilidad marginal
<b>Grupo de edad</b>				
Adultos de 18 a 59 años (categoría base)	-0.0684	(0.0735)	0.934	23.5%
Adultos de 60 años o más				22.5%
<b>Sexo</b>				
Hombre (categoría base)	0.632***	(0.0872)	1.881	16.8%
Mujer				25.9%
<b>Área de residencia</b>				
Urbana (categoría base)	-0.0889	(0.0627)	0.915	24.0%
Rural				22.6%
<b>Nivel de resiliencia</b>				
Bajo (categoría base)	-1.122***	(0.0707)	0.326	39.0%
Alto				18.8%
<b>Nivel de apoyo social percibido</b>				
Malo o regular (categoría base)	-0.413*	(0.211)	0.662	23.9%
Bueno o excelente				18.1%
<b>Resiliencia X Apoyo Social (Interacción)</b>	0.503**	(0.240)	-	-
<b>Discapacidad</b>				
Sin discapacidad (categoría base)	1.519***	(0.109)	4.566	21.0%
Con algún nivel de discapacidad				50.9%
<b>Discriminación en los últimos doce meses</b>				
Sin experiencias discriminatorias (categoría base)	0.783***	(0.0762)	2.189	20.9%
Ha sufrido algún tipo de discriminación				34.5%
<b>Consumo de alcohol en la vida</b>				
Sin consumo (categoría base)	0.200***	(0.0742)	1.221	22.0%
Con consumo				25.1%
<b>Consumo de tabaco en la vida</b>				
Sin consumo (categoría base)	0.276***	(0.0909)	1.318	22.3%
Con consumo				26.7%
<b>Trabajo remunerado</b>				
No está trabajando (categoría base)	-0.166**	(0.0673)	0.847	24.5%
Sí, está trabajando				22.0%
<b>Nivel de ingresos percibido por el grupo familiar</b>				
Insuficiente (categoría base)	-0.359***	(0.0625)	0.699	26.5%
Suficiente				20.9%
<b>Constante</b>	-0.903***	(0.131)	0.405	-
<b>Número de observaciones</b>	<b>7,070</b>			

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

Nota: \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

**Anexo 5.** Modelo de regresión lineal para trastorno de ansiedad

Variables	Coefficiente	Error estándar	ODDs Ratio	Probabilidad marginal
<b>Grupo de edad</b>				
Adultos de 18 a 59 años (categoría base)	-0.390***	(0.0809)	0.677	20.9%
Adultos de 60 años o más				15.9%
<b>Sexo</b>				
Hombre (categoría base)	0.791***	(0.0933)	2.205	12.5%
Mujer				22.4%
<b>Área de residencia</b>				
Urbana (categoría base)	0.0115	(0.0658)	1.012	19.4%
Rural				19.5%
<b>Nivel de resiliencia</b>				
Bajo (categoría base)	-1.186***	(0.0723)	0.306	34.8%
Alto				15.1%
<b>Nivel de apoyo social percibido</b>				
Malo o regular (categoría base)	-0.568**	(0.223)	0.567	20.3%
Bueno o excelente				13.4%
<b>Resiliencia X Apoyo Social (Interacción)</b>	0.549**	(0.256)	-	-
<b>Discapacidad</b>				
Sin discapacidad (categoría base)	1.226***	(0.110)	3.408	17.8%
Con algún nivel de discapacidad				39.3%
<b>Discriminación en los últimos doce meses</b>				
Sin experiencias discriminatorias (categoría base)	0.812***	(0.0778)	2.251	17.3%
Ha sufrido algún tipo de discriminación				30.1 %
<b>Consumo de alcohol en la vida</b>				
Sin consumo (categoría base)	0.151*	(0.0776)	1.163	18.7%
Con consumo				20.7%
<b>Consumo de tabaco en la vida</b>				
Sin consumo (categoría base)	0.399***	(0.0952)	1.491	18.4%
Con consumo				24.1 %
<b>Trabajo remunerado</b>				
No está trabajando (categoría base)	0.00596	(0.0703)	1.006	19.4%
Sí, está trabajando				19.5 %
<b>Nivel de ingresos percibido por el grupo familiar</b>				
Insuficiente (categoría base)	-0.219***	(0.0658)	0.803	21.2%
Suficiente				18.2%
<b>Constante</b>	-1.343***	(0.138)	0.261	-
<b>Número de observaciones</b>	<b>7,186</b>			

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

Nota: \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$

**Anexo 6.** Modelo de regresión lineal para riesgo suicida

Variabes	Coficiente	Error estándar	ODDs Ratio	Probabilidad marginal
<b>Grupo de edad</b>				
Adultos de 18 a 59 años (categoría base)	-0.384***	(0.123)	0.681	7.8%
Adultos de 60 años o más				5.6%
<b>Sexo</b>				
Hombre (categoría base)	0.846***	(0.141)	2.330	4.1%
Mujer				8.7%
<b>Área de residencia</b>				
Urbana (categoría base)	0.170*	(0.0985)	1.185	6.6%
Rural				7.7%
<b>Nivel de resiliencia</b>				
Bajo (categoría base)	-0.907***	(0.103)	0.404	12.3%
Alto				5.6%
<b>Nivel de apoyo social percibido</b>				
Malo o regular (categoría base)	-0.816**	(0.365)	0.442	7.7%
Bueno o excelente				3.7%
<b>Resiliencia X Apoyo Social (Interacción)</b>	0.536	(0.424)	-	-
<b>Discapacidad</b>				
Sin discapacidad (categoría base)	0.622***	(0.151)	1.863	6.8%
Con algún nivel de discapacidad				11.5%
<b>Discriminación en los últimos doce meses</b>				
Sin experiencias discriminatorias (categoría base)	1.022***	(0.103)	2.778	5.6%
Ha sufrido algún tipo de discriminación				13.7%
<b>Consumo de alcohol en la vida</b>				
Sin consumo (categoría base)	0.493***	(0.111)	1.638	6.0%
Con consumo				9.1%
<b>Consumo de tabaco en la vida</b>				
Sin consumo (categoría base)	0.353***	(0.132)	1.423	6.7%
Con consumo				9.1%
<b>Trabajo remunerado</b>				
No está trabajando (categoría base)	0.0636	(0.103)	1.066	7.0%
Sí, está trabajando				7.4%
<b>Nivel de ingresos percibido por el grupo familiar</b>				
Insuficiente (categoría base)	-0.277***	(0.0974)	0.758	8.2%
Suficiente				6.4%
<b>Constante</b>	-3.023***	(0.210)	0.049	-
<b>Número de observaciones</b>	<b>7,186</b>			

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental (2022).

Nota: \*\*\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*  $p < 0.1$



